FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 354

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par M. Marcel METZGER

Ancien interne des hôpitaux,
Aide de Clinique à la Maternité,

Né à Belfort, le 24 *juin* 1880.

LES MÉTASTASES OVARIQUES DES CANCERS DIGESTIFS

Président : M. Paul Bar, *professeur.*

BIU Cujas

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	N... / WIDAL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / GILBERT. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET (Pierre.) / QUENU. / RECLUS. / SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. / PINARD. / RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT	PROUST.
BERNARD.	DUVAL.	LERI.	RATHERY.
BRANCA.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BROCA (André).	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
CAMUS.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CARNOT.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CASTAIGNE.	LABBÉ (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LECENE.	OMBREDANNE.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Hommage de profonde affection.

29240

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BAR

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat.

M. le Professeur agrégé WALTHER, chirurgien de l'hôpital La Pitié
M. le Docteur ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais.
M. le Docteur ARROU, chirurgien de l'hôpital des Enfants (Hérold).
M. le Docteur LESAGE, médecin de l'hôpital des Enfants (Hérold).

Internat.

M. le Professeur agrégé MAYGRIER, accoucheur honoraire des hôpitaux.
M. le Professeur agrégé DEMELIN, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.
M. le Docteur TISSIER, accoucheur de l'hôpital La Charité.
M. le Professeur agrégé BONNAIRE, accoucheur en chef de la Maternité.
M. le Professeur HARTMANN, chirurgien de l'hôpital Bichat.
M. le Docteur ARROU, chirurgien de l'hôpital La Pitié.
M. le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE, accoucheur de l'hôpital Tenon.

MM. les Docteurs BALZER, BOURCY, DUFOUR, GUINARD, HIRTZ,

MM. les Docteurs AGLAVE, FREDET, MACÉ, RICHE, SAVARIAUD.

MM. les Professeurs agrégés BRINDEAU, JEANNIN, LECÈNE.

DU MÊME AUTEUR

Insertion basse d'un placenta irrégulièrement conformé. Hémorragie du segment inférieur (en collaboration avec M. Maygrier). *Bull. de la Soc. d'obstr. de Paris*, 19 déc. 1907.

Dilacération d'un fœtus abortif (en collaboration avec M. Tissier). *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 19 mars et 16 avril 1908.

Hernie diaphragmatique (en collaboration avec M. Berthaux). *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 16 avril 1908.

A propos d'un cas de céphalématome. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 18 février 1909.

A propos d'un cas de traumatisme de coude chez un nouveau-né (en collaboration avec M. Bonnaire). *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 25 mars 1909.

Kyste hydatique et puerpéralité (en collaboration avec M. Bonnaire). *Soc. d'obst. de Paris*, 16 décembre 1909.

Les thyroïdites aiguës au cours de l'infection puerpérale (en collaboration avec M. Lecène). *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1910.

Le drainage abdominal en gynécologie, à propos de 997 cœliotomies consécutives (en collaboration avec M. Hartmann), *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1910.

Désinsertion du bord intestinal du mésentère sans lésion de l'intestin, à la suite d'une contusion de l'abdomen. *Bull. et méd. de la Soc. anatomique de Paris*, juillet 1910.

Étranglement interne, dû au passage d'une anse grêle, longue de 85 centimètres, dans un trou du méso-côlon sigmoïde. *Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, juillet 1910.

Les métastases ovariques des cancers digestifs (en collaboration avec M. Hartmann). *Paris Médical*, 1er avril 1911.

Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale. *Presse Médicale*, 15 avril 1911.

Un cas de splénopneumonie au cours de l'infection puerpérale. *Soc. d'obst. de Paris*, 27 avril 1911.

Deux cas d'hydrocéphalie avec malformations multiples (en collaboration avec M. Bonnaire). *Soc. d'obst. de Paris*, 18 mai 1911.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET HISTORIQUE.

Le fait que les cancers digestifs peuvent donner des métastases sur les ovaires a été longtemps méconnu. Il y a encore peu d'années, ces cancers ovariques étaient considérés comme de simples coïncidences.

On en trouve à peine mention dans les ouvrages classiques. Dans la dernière édition de la *Gynécologie* de Pozzi, on lit pourtant : « La connaissance de l'épithéliome ou carcinome secondaire de l'ovaire est de date récente. Les carcinomes qui se généralisent le plus souvent à l'ovaire, sont les carcinomes de l'utérus ; la propagation se fait soit par voie directe, soit indirectement par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques. On a publié également des observations de carcinomes métastatiques de l'ovaire, secondaires à des carcinomes de l'estomac, de l'intestin et même à des cancers du sein. »

Les travaux d'ensemble, sur cette question, datent de moins de dix ans ; mais on trouve déjà dans un travail de Dittrich (1848) un cas de squirre des ovaires formant de grosses tumeurs et « combiné » avec un cancer de l'estomac. Rokitansky (1861) dit que le cancer médullaire

de l'ovaire est le plus souvent une tumeur primitive, mais, qu'il peut être combiné avec un cancer d'autres organes parmi lesquels l'estomac et l'intestin. Virchow (1864), dans son Traité des tumeurs, indique, à propos des sarcomes de l'ovaire, qu'ils peuvent se présenter en même temps que d'autres tumeurs analogues, notamment de l'estomac, et il ajoute : « Il est alors plus tard impossible de reconnaître quel organe a été le point de départ primitif de l'affection. »

Dans le traité des *Maladies de l'Estomac* de Brinton (1867) les métastases ovariques sont déjà signalées ; après avoir dit que le foie est le plus souvent atteint, il montre que sur 431 cancers de l'estomac, l'ovaire fut envahi 6 fois. Waldeyer (1867) rapporte un cas où, « à côté d'un cancer de l'estomac, il y avait une tumeur des deux ovaires ». Léopold (1874), faisant une statistique des tumeurs solides des ovaires, note plusieurs cas de coexistence de ces tumeurs avec des cancers digestifs ; il recherche même comment on peut savoir quelle est la tumeur primitive et, se basant sur l'évolution clinique, il semble admettre que les symptômes du début appartiennent à la tumeur primitive ; il ajoute, d'ailleurs, que cela a à peine quelque importance pratique (!).

Parmi les observations isolées et déjà anciennes, nous citerons celles de Cohnheim (1877), Ozenne (1880), Polaillon (1881), Eulenburg (1886).

Dans la thèse de Poupinel (1885) nous trouvons plusieurs observations, envisagées d'ailleurs à un point de vue différent de celui qui nous occupe : sur 121 cas de kystes mucoïdes (?) de l'ovaire il y eut généralisation 6 fois à l'estomac, 5 au rectum, 1 au gros intestin, 7 au foie.

Schrader, Scholz (1886), recherchant les métastases du cancer gastrique rapportent des cas de métastases ovariques. Mais il semble bien que ce soit Bücher (1893) qui a le premier insisté sur ces faits ; il dit nettement que « les cancers bilatéraux des ovaires sont le plus souvent secondaires... et surtout à un cancer de l'estomac » et il rappelle un certain nombre de cas observés jusqu'alors.

Dans les sociétés savantes, la question n'est pas discutée à fond ; pourtant à la Société royale de Budapest (1896), à l'occasion d'une observation de Fleichmann, Temesvary dit avoir réuni 300 sarcomes de l'ovaire dans la littérature coïncidant avec des cancers d'autres organes et avoir trouvé 3 fois un cancer de l'estomac et 1 fois un cancer du rectum.

En France, un certain nombre de communications à la Société anatomique ou à la Société de chrirurgie à Paris ne provoquent pas de discussions importantes. A propos d'une observation de Picqué (1899), Pozzi ajoute : « Il y a souvent coïncidence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne chez le même sujet Verneuil avait insisté sur ce fait, et appelait cela « diathèse néoplasique. » En 1901, l'observation de Le Dentu provoque une série de questions de Quénu qui dit avoir observé 2 cas de tumeurs ovariques secondaires à des cancers de l'estomac.

Nous ne trouvons pas de discussion, sur ce point, quand la Société de chirurgie de Paris s'est occupée en 1902-1903 des « néoplasmes associés » sauf la réflexion de Quénu : « Au point de vue de la pathologie générale, la coexistence de kystes et fibromes me paraît d'une médiocre importance, d'une importance moindre en tous cas, que celle de l'association de kystes ovariques avec des

tumeurs épithéliales d'autres organes, tels que le sein, l'estomac ou le gros intestin dont le type est différent. »

Cependant, des revues importantes paraissent sur la coïncidences de cancer des ovaires et de cancer du tube digestif. En 1901, Krauss, Lamparter rapportent une série d'observations personnelles, Schlagenhaufer réunit 82 cas dont plusieurs personnels ; puis viennent les travaux de Lamparter (1901), Römer (1902), Glockner, Omori, Papaïoannou, Lokyer (1904), la discussion du congrès de Kiel (1905) avec J. A. Amann, Fromme, Hofmeier et, plus récemment, on trouve Goullioud (1907), Stickel (1907) Engelhorn (1907), Gobiet (1909), Flaissier (1909) Franz Cohn (1910).

Il y a en somme peu de travaux en France, sauf l'observation de Gouilloud, les indications des thèses de Leriche et Dreyfus et la thèse plus récente de Flaissier, de Lyon.

Ce n'est que tout dernièrement, au congrès de Toulouse (1910), que ces faits sont signalés dans le rapport de Mériel sur les tumeurs solides de l'ovaire.

A cette occasion, notre maître M. le Professeur Hartmann a apporté une observation très caractéristique qui a été le point de départ de notre travail. L'examen méthodique de cette malade a conduit à un diagnostic précis, avant l'opération, d'autant plus que nous recherchions des cas de ce genre sur les conseils de nos maîtres MM. Hartmann et Lecène, et que les auteurs allemands semblaient bien montrer que ces coexistences de cancers ovariques secondaires ne sont rares que parce qu'on ne pense pas à les rechercher.

Nous rapportons d'abord en détail cette observation :

Cancer du pylore et des deux ovaires, castration abdominale subtotale, gasto-entérostomie postérieure. Un mois plus tard pylorectomie, guérison.

Observation. — Ba..., 38 ans, entrée le 29 avril 1910 à l'hôpital Bichat, pour vomissements et douleurs abdominales.

Le début des troubles gastriques semble remonter à plusieurs années : c'étaient alors des crampes d'estomac survenant à des intervalles réguliers.

Les accidents s'accentuèrent à l'occasion d'une grossesse il y a 6 ans : au début de cette grossesse, il y eut d'abord des douleurs gastriques avec vomissements surtout à la fin de la journée ; diminution de l'appétit et vomissements peu abondants, alimentaires ou aqueux, survenant dès l'ingestion d'aliments, presque quotidiens. A la fin de la grossesse, ces vomissements n'ont plus lieu que le matin sous forme d'une petite quantité d'eau. Après l'accouchement, qui fut normal, les symptômes s'amendent, et il ne persiste que quelques douleurs à l'occasion de fatigues ou d'excès de nourriture.

Le régime ovo-lacté et le séjour à la campagne pendant 6 mois l'améliorent sensiblement.

Pourtant, depuis 5 ans, la malade a souffert de crises douloureuses survenant très irrégulièrement le matin, le soir ou même la nuit, mais le plus souvent vers 4 ou 5 heures du soir : sensation de tiraillements dans la région épigastrique obligeant la malade à se plier en deux, calmée par l'ingestion d'une petite quantité de liquide et terminée parfois par l'expulsion d'un peu de liquide légèrement salé, de saveur non désagréable.

En outre, certains aliments, réputés indigestes, étaient suivis de pesanteurs amenant le vomissement vers 5 heures de l'après-midi.

Le même état se maintient avec une assez bonne santé jusqu'en novembre 1909. A cette époque, aux douleurs s'ajoutent des régurgitations aigres, acides, très désagréables. De plus, les règles, normales jusqu'alors, deviennent plus fréquentes et la malade maigrit de 3 kilogrammes.

A Noël, la malade consulte dans le service, nous constatons, en

même temps qu'un estomac dilaté, clapotant, la présence d'une tumeur abdominale et conseillons une opération.

La malade refuse et se fait traiter en ville par un médecin pour cette tumeur dont elle avait, du reste, constaté la présence dans le côté gauche du bas-ventre, dès le mois de septembre 1909. Les règles deviennent plus fréquentes, apparaissent deux fois dans le mois, sans douleur et sans modification dans leur couleur.

Le médecin fit tous les deux jours une injection hypodermique de... ? dont la malade se trouva bien, et elle engraissa.

Ce traitement fut cessé il y a 15 jours environ et les vomissements alimentaires reparurent : abondants, survenant tous les deux jours après le repas du soir, vers 9 heures. La malade remarque dans un de ces vomissements un débris alimentaire (pelure de pomme cuite) ingéré deux jours auparavant.

Il y a 8 jours, quelques douleurs dans le bas-ventre, puis, il y a deux jours, subitement, sans raison apparente, une douleur dans la région inguinale gauche, irradiant dans les lombes ; douleur continue, durant de 10 heures à minuit, qui ne fut pas calmée par le repos au lit et fut suivie, au bout d'une demi-heure, d'un vomissement alimentaire abondant très acide. Après vingt-quatre heures de diète, elle entre à l'hôpital.

Habituellement constipée, elle a eu quelquefois des débâcles de diarrhée, mais sans selles noires, jamais d'hématémèse, appétit conservé.

Depuis son entrée, la malade n'a pas vomi, mais a eu deux crises analogues à celle qui l'a amenée à l'hôpital, survenant le 29 à 10 heures et le 30 vers 11 heures du matin et durant une heure environ.

2 *mai* 1910. — Femme très amaigrie. Sur le thorax, on note une dépression, surtout marquée à droite et correspondant aux côtes. Au-dessous de l'appendice xyphoïde la paroi abdominale est déprimée; par moments, il s'y forme une voussure, que la malade remarque, et, en ce point, on voit une tuméfaction subissant des mouvements d'expansion et d'affaissement (ondulations péristaltiques).

Abdomen. — Légère circulation collatérale du côté droit. La percussion dénote une sonorité tympanique dans la région épigas-

trique jusqu'à l'ombilic. La matité hépatique n'est pas augmentée. A la partie inférieure de l'abdomen, il y a une zone limitée par une ligne à convexité supérieure, atteignant sensiblement l'ombilic, débordant de 3 à 4 travers de doigt de chaque côté de la ligne médiane; on palpe à ce niveau une masse ovoïde, à grosse extrémité droite, à surface lisse, légèrement bosselée; son bord gauche est arrondi, le bord droit est tranchant, le bord supérieur présente une encoche à gauche et au-dessous de l'ombilic, consistance ferme du côté gauche, beaucoup plus dure à droite.

Dans la région épigastrique, il n'y a aucune résistance, et on constate seulement un clapotement très net.

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants :

Le col est dirigé en bas, en arrière et légèrement à gauche ; il est mou dans toute sa partie inférieure, un peu plus dur du côté gauche; dans sa partie moyenne, il y a une zone de dureté ligneuse se continuant avec le corps, l'orifice, à direction transversale, largement perméable pour l'extrémité de l'index, permet de sentir, sur la paroi postérieure du canal cervical, une très petite nodosité.

Le cul-de-sac latéral gauche, souple, non douloureux est assez profond; à droite on sent le prolongement d'une masse qui occupe le cul-de-sac postérieur.

Dans ce cul-de-sac postérieur, il existe une masse qui, difficilement séparée du col à droite, en est séparée à gauche par un sillon très net ; elle bombe dans le Douglas, sous forme d'une petite orange dont on sent mal les limites à droite et qui se prolonge à gauche vers une autre petite tumeur, qu'on atteint très haut. Le toucher détermine de la douleur dans le cul-de-sac postérieur.

En position élevée du bassin, la tumeur se dégage de l'excavation, vient occuper la région ombilicale; on constate alors qu'il reste dans l'excavation, en arrière et à droite du col, une tumeur dure, formée de plusieurs lobes, dont l'ensemble atteint le volume d'une petite mandarine et qui semble tout à fait indépendante de la grosse tumeur laquelle a filé vers l'ombilic. En explorant avec un peu de soin cette masse, on constate que l'une des indurations (celle située à gauche de la ligne médiane) correspond au corps de l'utérus rétrofléchi et que la masse principale, à

droite, se continue vers la partie interne de la fosse iliaque droite.

Ayant fait prendre la veille un potage contenant un peu de carotte, nous faisons le matin à jeun le cathétérisme de l'estomac et retirons 210 centimètres cubes de liquide ayant l'aspect d'une bouillie grisâtre contenant des débris de carottes parfaitement reconnaissables, l'odeur est faible, la réaction acide ; on y constate des peptones, de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide lactique, pas d'acide butyrique, pas de pigments biliaires, ni de sang.

L'acidité totale = 1,295 ; chlore total = 4,23.

Après lavage de l'estomac, nous faisons prendre un repas d'Ewald, qui est retiré au bout de 60 minutes et analysé par M. Fabre, interne en pharmacie,

Volume avant filtration, 370 centimètres cubes ; après filtration, 290 centimètres cubes.

Aspect avant filtration : bouillie blanchâtre, visqueuse, filtrant difficilement.

Aspect après filtration : liquide clair.

Réaction acide au tournesol.

Odeur nulle.

Réactions qualitatives :

Acide chlorhydrique libre	Présence faible
Acide lactique.	Présence
Acide butyrique	Présence
Acide acétique.	Néant
Pigments biliaires	Néant
Sang.	Néant

Produits de transformation de matières amylacées = présence d'achroodextrine.

Produits de digestion d'albuminoïdes = présence des peptones.

Analyses quantitatives

A = 0,71
T = 2,70
Chlore combiné = 2,66
H = 0,04
F = 1,92

$$C = 0{,}74$$
$$H + C = 0{,}78$$
$$\frac{T}{F} = 1{,}4$$
$$d = \frac{A - H}{C} = 0{,}90$$

Maltose 12 ,10

Après insufflation, l'estomac descend un peu au-dessus de l'ombilic.

Examen des urines. — Quantité 500 centimètres cubes ; D = 1.018 ; réaction acide ; dépôt peu abondant ; traces d'albumine ; Présence d'indoxyl urinaire et d'urobiline.

Par 24 heures : azote total = 5,65 ; urée = 11 gr. 70 ;

Azote uréique = 5,37 ; chlorure en NaCl = 472 ;

Phosphates en P^2O^5 = 1,55 ; acide urique et corps xanthiques = 0,36.

Le dépôt contient de l'urate de soude et des cellules épithéliales.

Rien à signaler du côté du cœur ni des poumons.

Antécédents personnels. — Mariée, a eu deux enfants vivants, qui sont bien portants. Pas d'avortements. A eu la fièvre typhoïde à 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père bien portant, a 77 ans ; mère morte cardiaque, a eu quatre frères et trois sœurs en bonne santé.

Opération. — Le 13 mai 1910, ablation des tumeurs ovariennes, de l'utérus et gastro-entérostomie par M. Hartmann.

Incision médiane au-dessous de l'ombilic ; il s'écoule une petite quantité de liquide citrin et, en relevant l'épiploon non adhérent, nous voyons une tumeur à contours arrondis, ferme, de coloration brunâtre.

L'incision est immédiatement agrandie vers le pubis, sans cependant atteindre ce dernier. Des écarteurs sont placés, nous amenons la tumeur au-dehors. Son pédicule se détache à gauche de l'utérus, il est tordu en sens inverse des aiguilles d'une montre. Pour le détordre, nous devons faire deux tours dans le sens

des aiguilles d'une montre ; cette torsion, qui forme un pédicule plus gros qu'un cordon ombilical, n'est pas serrée. On place des pinces en dedans et en dehors et on enlève la tumeur.

A ce moment, nous voyons qu'à droite existe sur l'ovaire une deuxième tumeur, également dure, un peu mamelonnée et sans adhérence, tombée en arrière du ligament large. Ablation de cette tumeur et amputation subtotale de l'utérus, péritonisation. Opération régulière.

Nous agrandissons alors l'incision par en haut, dépassant largement l'ombilic. La région pylorique est le siège d'une tumeur de coloration blanche qui s'étend sur la portion voisine de l'estomac et semble mobile. Pour ne pas prolonger l'opération, nous nous contentons de faire une gastro-entérostomie postérieure.

Suture en 3 plans, dans la partie sous-ombilicale de l'incision, en 2 plans au fil de bronze dans la partie sus-ombilicale.

Durée totale 1 heure 5.

Examen macroscopique des tumeurs. — La tumeur droite a le volume d'une grosse orange, elle est lobulée. Son tissu est blanc, assez uniforme à la coupe. La tumeur gauche a le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle a le même aspect que celui du côté droit, mais sur une coupe elle est ecchymotique dans la plus grande partie de son étendue.

Suites opératoires. Le lendemain de l'opération, la température monte à 38°2 le matin, à 38°4 le soir, le pouls restant à 90 ; les jours suivants, elle redescend progressivement pour atteindre la normale et y reste à partir du quatrième jour.

Le douzième jour, ablation des fils.

La malade, qui n'a jamais vomi et a été alimentée dès le lendemain de l'opération, reprend rapidement des forces, son état s'améliore considérablement. Aussi décidons-nous de pratiquer une deuxième opération pour enlever la tumeur pylorique.

Le 14 juin, pylorectomie par M. Hartmann, sans incidents. Fermeture de la section gastrique et de la section duodénale, réunion de la paroi à un seul étage avec des fils de bronze, laissant un point ouvert pour le passage d'un drain.

Le 15 juin, la température monte à 38°3 le matin, à 38°6 le

soir. On fait un lavage de l'estomac, qui ramène un peu de sang et des débris de caillots.

Le 16 juin la température est retombée à la normale, on retire le drain. A partir de ce moment, tout va bien et la malade quitte l'hôpital, guérie, le 4 juillet.

Examen microscopique. — L'examen microscopique fait par M. Lecène a porté :

1° Sur des fragments des deux tumeurs ovariennes ;

2° Sur la tumeur pylorique.

1° Les fragments prélevés sur les deux ovaires montrent tous la même structure histologique (Pl. II.) : le stroma fibreux de l'ovaire est complètement infiltré par un très grand nombre de cavités tubulées, ressemblant à des tubes glandulaires et tapissées d'un épithélium cylindrique assez régulièrement disposé : dans la lumière de ces cavités tubulées, on voit parfois des cellules épithéliales desquamées, à protoplasma gonflé, homogène, à noyau peu apparent. Dans l'épithélium de revêtement des pseudo-tubes glandulaires, on trouve très souvent des figures de caryokinèse atypique. En dehors du stroma fibreux il n'existe plus trace d'éléments caractéristiques de l'ovaire normal.

2° Le pylore, sur des coupes comprenant toute l'épaisseur de sa paroi, apparaît envahi par un épithélioma cylindrique atypique, débutant par la muqueuse, qui est en grande partie détruite, et s'infiltrant dans les tuniques musculaire et séreuse qui sont complètement dissociées par cette pénétration néoplasique : il s'agit là d'un adéno-carcinome tout à fait caractéristique du pylore avec infiltration pariétale totale. (Pl. I.)

Il y a identité complète de structure entre la tumeur pylorique, très vraisemblablement primitive, et les deux tumeurs ovariennes.

Voici une seconde observation que M. le professeur agrégé Lecène a bien voulu nous communiquer. Il s'agissait d'une femme opérée par M. le docteur Souligoux et qui présentait les mêmes symptômes que la malade précédente :

Obs. (inédite, que nous publions grâce à l'aimable obligeance de M. Souligoux).

D., 51 ans. Entrée le 10 avril 1909. Depuis deux ans cette malade souffre de troubles digestifs sous forme de ballonnement de l'estomac et de pesanteur après les repas et vomissements deux à trois heures après l'ingestion d'aliments; à plusieurs reprises elle a constaté du sang dans ses vomissements. Depuis deux mois cette malade a maigri, s'est affaiblie et a vu survenir des métrorragies.

A l'examen de l'abdomen on remarque une tumeur arrondie, dans le flanc droit et à point de départ pelvien. Le toucher vaginal permet de l'attribuer à l'ovaire droit; de plus on sent que l'ovaire gauche est également augmenté de volume. Utérus normal.

L'estomac est dilaté et présente du clapotement. On fait le diagnostic de sténose pylorique et de tumeur solide des deux ovaires.

Opération le 4 mai 1909, Laparotomie. Pas d'ascite. Ovariotomie droite pour une grosse tumeur solide en forme de galette. Ovariotomie gauche pour tumeur solide végétante du volume d'une mandarine. L'examen de la région pylorique permet d'y reconnaître une tumeur mal limitée d'apparence néoplasique : on fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Durée de l'opération 1 h. 15. Suites excellentes. Sortie le 26 mai.

L'examen histologique fait par M. Lecène a porté sur ces fragments des deux tumeurs ovariennes extirpées. (Pl. III et IV.)

La structure de ces deux tumeurs est identique à un faible grossissement; on ne reconnaît rien du parenchyme ovarien normal qui est remplacé par du tissu conjonctif dense, formé de fibres adultes, coupées sous différentes incidences : les noyaux de ces fibres sont bien colorés : entre les faisceaux conjonctifs on trouve disséminés des vaisseaux capillaires nombreux à paroi propre bien reconnaissable. La première impression, lorsque l'on regarde ces coupes, c'est qu'il s'agit là d'un fibrosarcome. Mais une étude plus attentive fait reconnaître, disséminés çà et là au milieu de stroma conjonctif, des amas cellulaires d'un aspect particulier. Au fort grossissement on voit que ces amas sont composés de cellules irrégulières, à noyaux hyperchromatiques et disposées en demi-

cercles ou en cercles complets autour de petites boules d'une substance homogène qui donne les réactions histo-chimiques du mucus. On reconnaît en ces points l'aspect si particulier de certains groupements de cellules épithéliales atypiques, d'origine muqueuse que l'on trouve dans certains cancers de l'estomac de type linite plastique.

On peut donc en conclure que les tumeurs ovariennes sont formées d'un stroma fibreux extrêmement développé englobant quelques amas épars de cellules épithéliales atypiques entourant des globes de mucus. C'est tout à fait l'aspect des figures du mémoire de Krükenberg.

Ce qui frappe à la lecture de ces deux observations et surtout de l'examen histologique, c'est que, tandis que les signes cliniques sont identiques, la structure des tumeurs ovariques est très différente et pourtant nous n'hésitons pas à affirmer qu'il s'est agi dans les deux cas de métastases de cancer gastrique sur les ovaires. Ces conclusions sont basées sur les nombreux cas que nous avons relevés dans la littérature.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les 283 observations que nous avons pu réunir permettent de penser que les cancers des ovaires secondaires à des cancers digestifs, sans être fréquents, ne sont sans doute pas exceptionnels. Il est vrai d'ajouter que certains cas ne sont pas très nets, d'autres même, très douteux, parce qu'incomplètement rapportés ; beaucoup ne sont pas publiés au point de vue que nous envisageons ; c'est par hasard qu'on les trouve au cours de statistiques de cancer de l'estomac.

Leriche dans sa thèse écrit : « J'ai été, après d'autres, frappé de la fréquence des tumeurs annexielles en coïncidence ou à la suite d'un cancer de l'estomac ; s'agit-il de néoplasmes différents ou de métastases ? il ne m'appartient pas de conclure », et il rapporte 14 cas de cancers ovariques avec cancer de l'estomac.

Il est difficile de savoir dans quelle proportion le cancer de l'estomac ou de l'intestin fait ces propagations du côté des ovaires et nous verrons que la difficulté s'accroît encore si l'on admet que les lésions des ovaires peuvent être non pas macroscopiques, mais seulement microsco-

piques ; de plus les auteurs ne se sont pas suffisamment attachés jusqu'ici à rechercher systématiquement ces métastases.

Par contre l'étude inverse a été faite et le cancer primitif de l'ovaire semble perdre de son individualité. Nos recherches tendent à montrer que beaucoup de cancers des ovaires *surtout bilatéraux* sont en réalité des cancers secondaires à un néoplasme du tube digestif. On prévoit l'importance de cette notion tant au point de vue du pronostic que de l'intervention à tenter.

Scholz indique quelques chiffres concernant les métastases ovariques du cancer de l'estomac et les considère comme très rares : il cite Dittrich qui, sur 160 cas, trouve 1 cancer des ovaires, Lange, avec 2 cas sur 210. Brinton, dit d'une part, que, sur 214 cancers de l'estomac avec métastases hépatiques, il s'est trouvé une fois un cancer des ovaires, mais, d'autre part, sur l'ensemble de 431 cancers gastriques il rapporte 6 fois des cancers des ovaires. Eulenburg, cité par Kayser et par Römer, dit que ces métastases existent dans 1 p. 100 des cancers de l'estomac. Borrmann sur 70 cancers gastriques, trouve 2 cas de cancers secondaires de l'ovaire. Lange, cité par Rathert, compte 4 cancers secondaires des ovaires pour 587 cancers de l'estomac. Pourtant Zahn dit que, sur 2.539 autopsies des deux sexes, il n'a trouvé que 4 cancers secondaires des ovaires (1 avec cancer de la vésicule biliaire, 2 avec cancer de l'utérus, 1 avec cancer du sein).

En étudiant les statistiques des tumeurs ovariques on trouve des chiffres plus intéressants. Mac Donald (d'après Olshausen) sur 12 ovariotomisées guéries en revoit deux atteintes de cancers (1 du côlon sigmoïde, 1 du péritoine,

Hofmeier dit avoir opéré 269 femmes pour pseudomyxome de l'ovaire (tumeur bénigne) sur lesquelles 8 sont mortes d'affections malignes : dans 6 cas sur ces 8, il s'agissait de cancer de l'estomac ou de l'intestin. Une statistique de Poupinel, concernant des cas anologues, donne pour 121 kystes mucoïdes avec propagation : 6 cancers de l'estomac, 5 du rectum, 1 du gros intestin, 7 du foie. Glokner réunit 121 tumeurs ovariques et trouve 6 coïncidences de cancers d'autres organes.

Ces faits doivent-ils conduire à penser que les pseudomyxomes sont quelquefois des tumeurs malignes, ou s'agit-il de simples coïncidences ? c'est un point sur lequel nous reviendrons plus loin.

Si nous envisageons les cas de cancer des ovaires et non plus les tumeurs dans leur ensemble, nous trouvons les quelques chiffres suivants : Von Mengerhausen (d'après J.-A. Amann) voit pour 60 cancers des ovaires 2 cancers de l'estomac, Glockner 6 cancers d'autres organes avec 14 cancers des ovaires. Temesvary réunit 300 observations de sarcomes des ovaires et compte 3 fois des coexistences de cancer de l'estomac, 1 fois du rectum. Fromme signale sur 19 cancers bilatéraux opérés 17 morts dont 4 de cancers de l'estomac. Enfin Engelhorn pour 80 tumeurs malignes des ovaires en note 13 coïncidant avec des cancers de l'estomac.

Ces chiffres semblent assez démonstratifs, car ils indiquent que l'on ne peut rassembler un nombre un peu important de cancers ovariques sans y rencontrer quelques cancers d'autres organes.

Voyons maintenant le siège des différents cancers di-

gestifs coexistant avec les tumeurs ovariennes. Nous laissons volontairement de côté le cas des cancers d'autres organes (sein, utérus, etc.) :

Schlagenhaufer donne les chiffres suivants : 78 observations avec 61 cancers de l'estomac, 10 de l'intestin et 7 des voies biliaires. Plus récemment Gobiet rassemble un nombre de cas presque double : il arrive à 150 observations avec 126 cancers de l'estomac, 16 de l'intestin, 7 des voies biliaires, 1 du pancréas. Nous avons pu retrouver un chiffre beaucoup plus important encore et nous sommes arrivés à réunir 283 observations sur lesquelles il y avait 219 cancers de l'estomac, 11 du grêle, 27 du côlon, 11 du rectum, 15 des voies biliaires.

Dans ces trois séries d'observations les pourcentages sont presque les mêmes : dans 75 à 80 p. 100 des cas environ, c'est le cancer de l'estomac qui est en cause, puis viennent les cancers de l'intestin et enfin des voies biliaires.

Il est intéressant de connaître l'âge des malades atteintes par ces cancers et nous verrons que beaucoup d'auteurs pensent que l'activité ovarienne prédispose aux métastases. L'étude des observations montre une progression croissante jusqu'à l'âge de la ménopause (environ 45 ans) et une diminution du nombre des cas après cet âge. Nous trouvons ainsi :

Avant 20 ans	8	observations
de 21 à 30 ans	43	—
de 31 à 45 ans	93	—
De 46 à 60 ans	62	—
De 61 et plus	13	—

Le renseignement concernant l'âge des malades manque souvent, pourtant les chiffres sont assez nets puisqu'il y a là 144 observations avant 46 ans et la moitié seulement (75) après cet âge.

Il est difficile de savoir si l'affection atteint de préférence des femmes ayant accouché ou n'ayant pas eu de grossesses, car la parité n'est le plus souvent pas indiquée. Nous relevons en tout 10 nullipares, 8 primipares, 63 multipares et 9 femmes enceintes ou récemment accouchées. (Obs. de Romer, Cohnheim, Voigt, Glockner (14 et 16), Gobiet, Burdzinsky, Sitzenfrey, Maygrier).

La proportion énorme de multipares est remarquable malgré le petit nombre des chiffres indiqué.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La tumeur de Krükenberg

Les tumeurs secondaires des ovaires peuvent présenter des aspects variés et nous avons dans nos observations précédentes deux types différents, mais il est une forme de cancer de l'ovaire si caractéristique que dans quelques cas, après ovariotomie, on a pu être amené à faire une seconde intervention pour rechercher le cancer primitif et le traiter.

Nous voulons parler de la tumeur de Krükenberg décrite par cet auteur sous le nom de *Fibrosarcoma ovarii mucocellulare* (carcinomatodes.)

Ce sont des tumeurs bilatérales, conservant la forme générale de l'ovaire ; elles ont une surface rouge ou bleuâtre, parfois blanchâtre ou rosée, lisse, mais irrégulière, bosselée ; leur consistance fait penser à un fibrome plutôt qu'à une tumeur maligne, mais elles présentent souvent des parties ramollies ou même kystiques. Leur volume n'est en général pas très considérable ; les plus grosses ne dépassent guère le volume d'une tête d'adulte ; en

moyenne elles ont le volume du poing. Elles sont bien limitées et presque jamais n'adhèrent sérieusement aux parties voisines, elles restent très mobiles ou mobilisables, et s'accompagnent souvent d'ascite.

A la coupe on voit, à côté de parties plus dures, des zones ramollies, « myxomateuses », pouvant former des kystes, de coloration blanc jaunâtre.

Au microscope, ces tumeurs sont remarquables par l'abondance du tissu conjonctif, et, à un faible grossissement, c'est tout à fait l'aspect du sarcome ; mais, en y regardant de plus près, on voit en certains points quelques îlots formés de cellules beaucoup plus volumineuses, souvent disposées en demi-cercles ; ces cellules sont rondes, vacuolaires, ont un protoplasma dégénéré, et leur noyau est rejeté à la phériphérie : on a ainsi l'aspect de « cellules en bague » (Siegelringformig) de Krükenberg. Il s'agit de cellules épithéliales très atypiques ou cellules épithélioïdes ayant subi la dégénérescence muqueuse : ces éléments représentent peut-être le début de la métastase, le tissu fibro-sarcomateux étant dû à la réaction de l'ovaire à l'envahissement cancéreux.

Ce type de tumeur est devenu classique en Allemagne et il est décrit dans beaucoup d'observations que nous rapportons. Il est vrai de dire que Krükenberg ne parle pas de tumeur secondaire, et, dans ses observations, il ne signale pas de cancer d'un autre organe. Mais, dans la suite, le même aspect est retrouvé souvent et il n'y a que très peu d'observations complètes, avec autopsie où l'on puisse affirmer l'existence de cette tumeur comme cancer primitif ; l'observation suivante de Schenk est une des seules que nous ayons rencontrées.

Obs. Il s'agit d'une femme de 27 ans, multipare, qui vient consulter pour une tumeur grosse comme une tête d'adulte, très bosselée, ballotant dans de l'ascite libre; elle dépend de l'ovaire gauche. Laparotomie. Ablation des deux ovaires, car à droite il y avait une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure, un peu irrégulière : à la coupe, aspect de tissu conjonctif fasciculé et au microscope type de Krükenberg.

Trois mois et demi plus tard, en présence de troubles gastriques, on pense à un cancer de l'estomac et on fait une seconde laparotomie, mais on ne trouve rien à l'estomac. La malade meurt quelques mois plus tard : à l'autopsie il y a infiltration néoplasique des ganglions mais on ne découvre nulle part d'autre cancer.

Cette opinion que les cancers de Krükenberg sont des tumeurs secondaires semble si probable que certains auteurs doutent qu'elles soient primitives même quand on ne trouve pas la tumeur originelle. Ainsi dans l'observation de Franz Cohn, l'auteur pense qu'à l'autopsie la tumeur digestive a pu être très petite et passer inaperçue, surtout que l'observation date de 1898 et qu'à ce moment on ne pensait pas encore à ces tumeurs secondaires; il suppose même que la lésion primitive siégeait sur une région du côlon modifiée, qu'on n'examina pas au microscope.

Obs. Franz Cohn, *Tumeur de Krükenberg du côté gauche coïncdant avec une grossesse de 3 mois et une péritonite mortelle sans autre tumeur cancéreuse.* — Femme de 25 ans, IIpare. Depuis un mois vomissements et diarrhée; depuis 8 jours violentes douleurs dans l'hypogastre et augmentation rapide du ventre. — Malade arrive avec signes de péritonite et tumeur mollasse à gauche de l'utérus. Température à 39°,4. Avortement spontané : fœtus vivant de 9 centimètres. Laparotomie : péritonite suppurée, ablation de la tumeur solide de l'ovaire gauche. Morte au bout de trois semaines.

A l'autopsie : Pas d'autre cancer ; on trouve seulement un œdème limité de la muqueuse du côlon dans le voisinage de l'iléon ; mais on ne fit pas d'examen microscopique de cette région.

Examen de l'ovaire : Tumeur de Krükenberg typique.

De même dans l'observation de Sandrock l'aspect de la tumeur permit de penser à un cancer primitif gastrique qui se manifesta plus tard par des hématémèses.

Obs. — 32 ans. IIpare. Pas de grossesse récente, Opérée il y a dix ans d'hémorroïdes. Curettage pour métrite il y a deux ans. Règles normales.

En novembre 1905, cette malade consulte parce qu'elle ressent depuis trois à six semaines des pesanteurs dans le ventre.

Femme en bon état apparent. Ventre augmenté par une tumeur dure peu mobile, dont le pôle supérieur atteint à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dont l'extrémité inférieure par le toucher rectal et vaginal remplit toute l'évacuation. Utérus non augmenté.

Diagnostic : Fibrome de l'ovaire droit.

Opération, 17 novembre 1905. — Pas d'ascite, pas d'adhérences. Ablation de la tumeur provenant de l'ovaire droit ; on voit alors que l'ovaire gauche est réniforme, gros comme le poing de même aspect que l'ovaire droit. Ablation.

Guérison, malgré une deuxième intervention quelques heures après la première pour hémorragie interne. Pas de tumeurs d'autres organes.

Revue en bon état deux mois plus tard. Mais on apprit par un médecin que vers le milieu d'avril elle eut une violente hématémèse et sur le corps avait apparu depuis un certain temps une éruption d'une douzaine de petits nodules sous-cutanés gros comme des pois, non douloureux. Puis apparurent des douleurs dans le bassin et les membres inférieurs. La malade mourut en juin 1906 ; on ne fit pas d'autopsie.

Les tumeurs des ovaires avaient l'aspect de la tumeur de

Krükenberg. Il est vraisemblable, dit l'auteur, qu'il y avait un cancer primitif de l'estomac et que la lésion des ovaires était une métastase.

Dans le même ordre de faits, nous pouvons encore rapporter l'observation que voici de ORTHMANN.

OBS. — Il s'agit d'un double fibrome de l'ovaire. Ces tumeurs proviennent d'une femme de 32 ans, nullipare, qui avait remarqué depuis sept semaines une augmentation rapide et forte de son ventre. En même temps elle avait maigri beaucoup. Les règles, après avoir été normales, avaient cessé depuis sept semaines. On trouve beaucoup d'ascite dans laquelle ballotent deux tumeurs.

Opération. — Les deux tumeurs en forme de rein appartiennent aux ovaires, la plus petite à droite, la plus grosse à gauche; 4 ou 5 litres d'ascite. Ablation des 2 tumeurs. Péritoine épaissi avec fausses membranes, surtout dans le Douglas. Guérison rapide, mais ascite reproduite au moment de son départ le 20e jour. Morte de cachexie rapide, 2 mois après l'opération.

Les 2 tumeurs avaient le type décrit par Krükenberg.

A la suite de la communication de ce cas, Hofbauer demande si on n'a pas remarqué des modifications du côté du pylore malgré l'absence de signes cliniques. L'auteur ne peut d'ailleurs répondre nettement en l'absence d'autopsie.

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre qui tendent à démontrer que ce type de Krükenberg est bien un cancer secondaire de l'ovaire.

Mais, les cancers secondaires de l'ovaire ne présentent pas tous le même aspect et il reste à établir s'il existe toujours un rapport entre deux cancers d'organes différents, observés chez un même individu.

Il s'agit en somme de rechercher :

1° Si la tumeur gastrique est secondaire à celle de l'ovaire ;

2° Si la tumeur ovarique est secondaire à celle de l'estomac ;

3° Si les deux lésions sont indépendantes, si l'on a affaire à deux cancers primitifs.

A la première question, on peut répondre assez facilement que le cancer secondaire de l'estomac est une rareté, tandis que le cancer primitif est très fréquent (1). De plus, les cancers secondaires de l'estomac, sauf ceux consécutifs à un cancer de l'œsophage, se développent en surface sous forme de plusieurs noyaux sous la séreuse et n'atteignent pas la muqueuse, forme exceptionnelle que l'on ne trouve que dans quelques observations douteuses, enfin, les caractères histologiques ne correspondent pas au type habituel de cancers gastriques.

Dans la grande majorité des cas la lésion gastrique a un aspect tout à fait classique : on trouve soit un épithélioma cylindrique, soit un squirre, assez souvent une linite plastique, mais on n'hésite pas à reconnaître qu'il y a là un cancer primitif de l'estomac et la vraie difficulté consiste à discerner si le cancer ovarique est un cancer primitif ou secondaire.

Les signes tirés de l'histoire clinique ont une très faible valeur : le cancer gastrique évolue très lentement, peut être très peu volumineux, donc impossible à percevoir par le palper ; s'il ne siège pas au niveau d'un des orifices, du pylore en particulier, il donne des signes très

(1) 1 ou 2 cancers de l'estomac sur 100 morts (MATHIEU, *Traité de Médecine*, Charcot-Bouchard).

atténués et on ne le trouve que parce qu'on le recherche par la clinique et aussi par l'examen du suc gastrique. D'ailleurs on est encore tenté de rapporter à la lésion génitale les signes gastriques ; on se hâte trop de les attribuer à des accidents réflexes. La tumeur ovarique au contraire augmente rapidement de volume, il y a de l'ascite et toute l'attention se concentre vers les parties inférieures de l'abdomen, l'affection de l'estomac passe au second plan. Mais, en tous cas, il est très difficile de savoir quelle affection a débuté et on ne saurait conclure que la maladie causale est celle qui a donné les premiers symptômes.

Les constatations opératoires ne donnent que peu d'indications : nous trouvons en effet des observations où le cancer des ovaires est apparu plus ou moins longtemps après une intervention sur l'estomac pour cancer : si l'on avait fait un examen précis de l'appareil génital, lors de la première opération, on aurait de bonnes raisons pour affirmer que le cancer des ovaires est secondaire. Mais souvent, c'est la succession inverse que l'on constate : chez une malade opérée de cancer des ovaires on voit apparaître des signes de cancer gastrique : doit-on alors conclure qu'il y a une métastase sur l'estomac ? certainement non ; et la plupart des auteurs pensent que l'estomac était déjà atteint au moment de l'opération sur les ovaires mais que le cancer gastrique est resté latent pendant un certain temps. Dans un dernier groupe de faits, les cancers ovariques et gastriques sont découverts par hasard à l'autopsie, et, alors, l'examen histologique reste seul pour essayer de trancher la question.

La difficulté reste entière. A première vue il semble simple de penser que si le type est identique dans les

deux tumeurs, ce sont des métastases; si le type est différent, ce sont deux cancers primitifs, mais, ni l'une ni l'autre de ces conclusions n'est exacte.

Sans doute dans quelques cas on a pu voir dans l'ovaire des formations reproduisant d'une façon parfaite le type du cancer gastrique, même avec une disposition glandulaire rappelant les glandes de l'estomac, mais on peut rester hésitant même devant une similitude de structure. En effet on peut trouver des éléments analogues dans le cancer primitif des ovaires aussi bien que dans le cancer de l'estomac.

Les cancers de l'estomac ont des caractères bien classés : ce sont des épithéliomes *soit typiques*, c'est-à-dire conservant l'aspect général de la muqueuse, mais avec une prolifération exubérante du tissu normal, avec dispositions glandulaires conservées qui permettent de le désigner parfois sous le nom d'adénome malin ; *soit métatypiques* : la forme des cellules est conservée, mais le groupement varie on les voit désordonnées, en boyaux ou en traînées cellulaires avec ou sans cavité centrale; soit *atypiques* avec des aspects très variables, des cellules groupées au hasard dans les différentes tuniques de l'estomac : on y rencontre parfois des amas cellulaires rassemblés dans des loges du stroma d'où le nom de *cancer alvéolaire* adopté par certains auteurs.

Les réactions du tissu voisin donnent deux aspects particuliers à certains épithéliomes très atypiques ; on constate une sclérose hypertrophique surtout de la sous-muqueuse dans la *linite plastique* et une sorte de rétraction des tissus dans la forme localisée décrite sous le nom de *squirre*.

Mais dans tous les cas on a affaire à un épithélioma plus ou moins modifié (les sarcomes sont tout à fait rares).

Les cancers des ovaires ont des aspects beaucoup plus variés : la prolifération du tissu conjonctif donne naissance aux *sarcomes* globo-cellulaires (à cellules rondes les moins fréquents) ou fuso-cellulaires (fibro-sarcomes les plus fréquents). C'est parmi les sarcomes que l'on tend à ranger les endothéliomes. Mais, écrit Pozzi, « il n'est pas toujours facile de distinguer un endothéliome d'un épithéliome, et il ajoute en note que cet aspect épithélioïde rappelle les tumeurs de l'ovaire décrites par Klebs sous le nom d'adéno-sarcome et par Krükenberg sous celui de fibrosarcome mucocellulaire ». Pour ce qui est des épithéliomes ou carcinomes, ils peuvent être superficiels (papillaires) ou profonds (médullaires). Au microscope on reconnaît également deux formes, dans un cas il y a abondance de tissu conjonctif avec des amas de cellules cubiques ou polyédriques groupées en lobules ou sous forme de cordons creux ou pleins, *cancer alvéolaire* ; d'autres fois les cellules sont réparties irrégulièrement : *forme diffuse* dans laquelle on peut observer la dégénérescence muqueuse des cellules.

En somme dans certains cas une tumeur primitive atypique de l'estomac peut avoir de grandes analogies de structure avec une tumeur primitive de l'ovaire et si par exemple on trouve en même temps le type alvéolaire sur l'estomac et sur l'ovaire il ne s'ensuit pas forcément que les deux tumeurs soient en corrélation et que la tumeur ovarique soit une métastase de la tumeur gastrique.

Quand la structure est tout à fait différente, on serait

tenté de conclure à deux cancers primitifs indépendants : carcinome gastrique par exemple coexistant avee un sarcome de l'ovaire.

Autrefois on n'aurait pas hésité à tirer ces conclusions et nous les trouvons dans plusieurs de nos observations.

Mais il ne semble plus actuellement que la structure du cancer en général soit toujours semblable à elle-même ; elle peut varier sous différentes influences : Tripier dans son *Anatomie pathologique générale* écrit : « Il résulte de nos recherches que les formations secondaires sont toujours de même nature que la tumeur primitive dont elles dérivent mais que leur structure peut présenter des variations notables dans beaucoup de cas et même très prononcées dans certains cas. » C'est la même indication que nous trouvons dans Glockner : « Les métastases ont souvent un aspect différent du cancer primitif, par suite de l'influence du terrain où elles se développent, c'est l'*anaplasie*. » Bien plus les recherches les plus récentes tendent à montrer que le cancer peut se transformer en sarcome : c'est ainsi que nous lisons dans un article récent de de Quervain : « Il est établi par la pathologie humaine et par l'expérimentation, que des tissus de caractère malin sont susceptibles d'inciter les tissus voisins à subir une transformation analogue. Le plus souvent c'est le tissu conjonctif qui devient sarcomateux dans le voisinage du tissu cancéreux et qui finit même parfois, après un certain nombre de passages expérimentaux, par supprimer complètement ce dernier. »

De tels faits éclairent d'un jour nouveau la question des métastases et nous sommes loin des aphorismes de Bill-

ROTH qui exigeait pour affirmer l'indépendance de deux tumeurs, les conditions suivantes :

1° Point de départ distinct des tumeurs;

2° Structure histologique différente;

3° Métastase différente.

On conçoit au contraire que la présence sur un organe, même primitivement sain, d'élément épithéliaux néoplasiques provoque une réaction des tissus voisins ; leur prolifération constitue une tumeur secondaire dont le type peut différer de celui de la tumeur primitive. On peut expliquer peut-être de cette façon les *endothéliomes*. Ces tumeurs, qui ne sont d'ailleurs pas spéciales à l'ovaire, paraissent devoir de plus en plus perdre leur individualité ; la prolifération des cellules endothéliales les rapproche des épithéliomes (MÉRIEL). L'abondance du tissu conjonctif les fait ressembler au sarcome. En admettant avec beaucoup d'auteurs allemands que ce sont très souvent des tumeurs secondaires, on pourrait interpréter par des transformations métaplasiques leur aspect un peu particulier.

On arrive ainsi à avoir pour les tumeurs secondaires des ovaires quelques types qu'AMANN divise en trois groupes :

1° FIBROME OEDÉMATEUX avec formations épithéliales : ce sont de très grosses tumeurs à surface bleuâtre, bosselées, de consistance assez molle par suite de leur imprégnation par la sérosité. Histologiquement ces tumeurs sont composées d'un tissu conjonctif à larges mailles, infiltré de sérosité et entre lesquelles sont des formations épithéliales : les éléments épithéliaux ont une grande tendance à la dégénérescence colloïde ; il en résulte la formation de réseaux conjonctifs très réguliers où les cellules peuvent avoir disparu ;

2° Adénocarcinome : tumeur moins dure, plus bosselée et avec quelques kystes ;

3° Kystes ordinaires avec par place des formations fibrocarcinomateuses.

Amann classe la tumeur de Krükenberg dans le premier groupe ; de même pour l'endothéliome qu'il explique de la façon suivante : par suite de la dégénérescence par places des éléments épithéliaux, il reste des rangées de cellules et des cellules isolées entre les espaces conjonctifs, ce qui donne l'impression d'un endothélium en prolifération.

La dégénérescence colloïde rapide des masses épithéliales donnerait l'apparence d'un cancer colloïde typique, si rare en tant que cancer primitif de l'ovaire. Enfin, par une dégénérescence d'éléments épithéliaux pourrait s'expliquer le développement de kystes en apparence bénins, mais présentant des zones fibro-carcinomateuses et évoluant très rapidement, alors que depuis plus ou moins longtemps existe un cancer de l'estomac ou de l'intestin.

Avec ces aspects aussi variés on voit que l'interprétation est assez difficile, et dans un cas où l'on avait affaire à une métastase d'épithélioma cylindrique très typique avec réaction scléreuse extrêmement marquée, certains histologistes avaient fait le diagnostic de sarcome avec réserves pour l'endothéliome ; cette erreur est très intéressante car elle confirme que, sans doute, beaucoup d'endothéliomes ou de sarcomes de l'ovaire ne sont que des tumeurs secondaires.

Dans les considérations précédentes nous avons envisagé la coïncidence de tumeurs malignes sur les deux organes ; que faut-il penser de l'association d'une tumeur réputée bénigne et d'un cancer ?

On trouve rapportés dans les statistiques des cas d'ulcères d'estomac combinés à des cancers de l'ovaire : en l'absence d'examen histologique on peut supposer qu'il s'agissait de cancer ou au moins d'ulcéro-cancer ; pourtant les signes cliniques semblent bien être ceux de l'ulcère (dans un cas il y avait hyperchlorhydrie) et il est probable qu'il y avait simple coïncidence ; nous n'attacherons donc qu'une faible importance à ces cas qu'il est même peut-être exagéré de garder dans notre étude.

On peut envisager autrement la COEXISTENCE DE KYSTES DES OVAIRES ET D'UN CANCER DIGESTIF. Étant donnée la fréquence des kystes ovariques et celle des cancers digestifs, il n'y a rien d'étonnant que les deux affections puissent coexister et il ne semble pas douteux qu'il y a parfois là un simple hasard, sans parler de prédisposition individuelle à la néoplasie (ce dernier terme n'impliquant nullement l'idée de malignité). Quand l'examen histologique a été fait d'une façon précise, on peut affirmer que c'est une simple coïncidence. En voici quelques cas :

H. HARTMANN. *Pylorectomie pour cancer de l'estomac. 3 ans et demi plus tard, hystéro-ovariotomie pour kystes bilatéraux des ovaires et fibromes utérins. Guérison.*

38 ans. Souffre depuis 1892 de douleurs gastriques. Pendant plusieurs années signes de dyspepsie hypersthénique avec gastrosucorrée, hyperchlorhydrie digestive et atonie gastrique sans stase. Alcalins et bismuth améliorent la malade.

En 1900, les douleurs réapparaissent, soulagées par les vomissements. Amaigrissement considérable, pâleur. On pense à un cancer greffé sur un ulcère.

16 juillet 1901. Pylorectomie. Guérison.

En novembre 1904. Double ovariectomie avec hystérectomie subtotale pour double kyste ovarique et fibromes utérins.

« Il ne s'agit pas là, dit l'auteur, d'une généralisation de la tumeur gastrique primitive; nous nous trouvons en présence de tumeurs de nature différente. C'est simplement un bel exemple de pluralité successive de néoplasmes divers chez une même malade. »

Obs. de Kocher (cité par Leriche). Pylorectomie le 16 mars 1900 pour carcinome cylindrique. En mai 1901, kyste multiloculaire bilatéral de l'ovaire.

Obs. de Terrier (n° 28 de Poupinel). 33 ans. Première ovariotomie le 28 juillet 1879 : kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Deuxième ovariotomie le 24 juin 1883 : kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Morte de cancer de l'estomac en 1885.

Obs. de Hunter Mc. Curie (n° 45 de Poupinel). 25 ans. Opérée le 12 juin 1876 : kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Morte de cancer de l'estomac 13 mois plus tard.

Obs. 2 de Amann junior. Double kyste multiloculaire des ovaires avec lésion de la paroi antérieure de l'estomac, dont l'auteur fait une métastase (?).

Obs. de Pfannenstiel. 36 ans, opérée le 10 février 1891 de double tumeur ovarique par le professeur Fritsch (kystes pseudo-muqueux typiques). Un an après apparaissent de la diarrhée et des vomissements qui vont en augmentant en même temps que se développe une tumeur abdominale ; on trouve de nombreux noyaux douloureux dans le ventre. La malade mourut 1 an et 4 mois après l'opération avec des signes de cancer gastrique. A l'autopsie on trouva un squirre typique de l'estomac avec envahissement de tout le péritoine.

« Il ne semble pas douteux à l'auteur que les deux tumeurs sont absolument sans rapport. »

Pourtant Poupinel examinant le pronostic des kystes mucoïdes de l'ovaire dit qu'ils peuvent dégénérer en carcicome du type endothélial, d'où généralisation et ré cidive

Il rapporte ainsi quelques observations où il y eut dans la suite des localisations cancéreuses sur le tube digestif. Il semble bien qu'il y a des cas, différents entre eux, parmi ceux réunis par cet auteur : quelques kystes considérés comme bénins étaient probablement malins; d'autres fois il a pu s'agir de métastases ovariques ou seulement de coïncidence.

Il ne faut pas, en effet, se hâter et conclure, quand on voit des lésions cancéreuses se développer après l'extirpation de kystes bénins de l'ovaire : l'observation suivante de Polano est intéressante à ce point de vue :

Kyste de l'ovaire et cancer de l'estomac. 64 ans, ménopause depuis 10 ans; il y a quinze ans que son ventre grossit et qu'on pense à un kyste de l'ovaire. Il y a un an, apparut à l'ombilic une tumeur que l'on prit pour une hernie, mais la malade vomit et maigrit.

Opération. Ponction de la tumeur, liquide gélatineux, extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche, de l'utérus et des annexes droites atrophiées. On remarque dans la région du pylore une tumeur dure, large comme la main; pendant la convalescence, vomissements fréquents. — Revint 4 mois plus tard en bon état au point de vue du bassin, mais avec une tumeur de la cicatrice qu'on enlève :

Examen histologique : Kyste pseudo-muqueux typique de l'ovaire gauche ; ovaire droit atrophique sans néoplasie. Tumeur de la paroi : aspect typique des cellules d'un cancer gélatineux de l'estomac.

Très comparable est le cas de Swiltalski :

Complication d'un double kyste avec cancer de l'estomac, inflammation de l'appendice, péritonite cancéreuse chez un individu ayant de l'infiltration des 2 sommets. Cœliotomie. Ovariotomie. Appendicectomie.

Pendant l'opération, on voit de nombreuses excroissances papillomateuses sur le péritoine, considérées comme des métastases des kystes que l'on pensait être malins. Au microscope on reconnaît les caractères cancéreux de ces excroissances, mais les tumeurs des ovaires sont des tumeurs bénignes. A l'autopsie, 3 jours après l'opération, on voit un cancer primitif de l'estomac avec métastases dans le foie et qui était l'origine des lésions du péritoine. Pendant la vie ce cancer n'avait donné lieu à aucun symptôme.

Ce sont de telles observations qui faisaient dire à Pfannenstiel que les cancers ovariques coexistant avec des cancers digestifs étaient toujours indépendants et qu'il n'y avait pas de raison de chercher une relation entre deux cancers, alors qu'on ne songe pas à en trouver entre un kyste bénin et un cancer d'un autre organe. Cet auteur a reconnu depuis s'être trompé et au Congrès de Kiel (1905) il avoue que, dans la plupart des cas de cancer bilatéral des ovaires associés à un cancer de l'estomac ou à un autre cancer, les cancers des ovaires sont secondaires; pourtant les unicistes vont trop loin, en voulant ramener à un seul centre, des tumeurs tout à fait différentes par leur structure (métastase avec métaplasie).

Mais si l'on doit nettement mettre à part les kystes mucoïdes bénins, en est-il de même de tous les kystes de l'ovaire? La plupart des tumeurs solides de l'ovaire contiennent des formations kystiques et nous avons vu qu'Amann considère comme tumeur secondaire l'adénocarcinome avec formations kystiques. Ce dernier doit parfois être bien difficile à distinguer du kysto-adénome que Pfannenstiel considère comme très voisin du cancer.

Il peut se faire des greffes cancéreuses sur des kystes de l'ovaire préexistant et l'on trouve alors les tumeurs du

troisième groupe d'Amannn, dont la pathogénie s'explique facilement, quand on constate un cancer d'un autre organe ; si l'on admet que des métastases peuvent se développer sur l'ovaire sain, à plus forte raison, semble-t-il, elles se déposeront sur un ovaire malade auparavant.

Dans les observations suivantes, on voit des greffes cancéreuses sur des kystes bénins :

Obs. 9 d'Engelhorn. 59 ans. Fréquentes douleurs gastriques, 2 accouchements normaux. Ménopause depuis 7 ans. Se plaint de fatigue, faiblesse, anorexie, brûlures à l'estomac et fréquents vomissements.

Femme en très mauvais état, présentant une tumeur abdomino-pelvienne peu mobile remontant entre la symphyse et l'ombilic.

Opération : Kystes de l'ovaire droit. Sur le pylore, on sent une tumeur dure, grosse comme le poing, qui semble un cancer inopérable.

Morte au bout de 6 jours : A l'autopsie, on trouve un cancer du pylore avec ulcération (forme colloïde). — Sur les parois du kyste de l'ovaire enlevé au cours de l'opération, on voit une tumeur large comme la paume de la main qui est reconnue pour un fibro-sarcome, greffé sur un cysto-adénome pseudo-muqueux.

Obs. 41 de Kratzenstein. 58 ans. Opérée le 26 janvier 1889. Pas de règles depuis 12 ans ; perd un peu de sang depuis décembre. Pas de douleurs, pas d'amaigrissement. Double kyste parviloculaire avec dégénérescence cancéreuse. Morte le 12 juin 1891 de cancer de l'estomac.

Obs. 43 de Kratzenstein. 52 ans. Opérée le 7 décembre 1889. Pas de signes gastriques. Kystes avec début de cancer. Morte le 22 juin 1890 avec cancer de l'estomac et péritonite cancéreuse.

Hanau (communication orale à Bücher) : Kyste ovarique avec dégénérescence cancéreuse. Cancer médullaire de l'estomac.

Hanau (communication orale à Bücher) : Kystes dégénérés des 2 ovaires, carcinome gastrique. Métastases péritonéales.

Obs. 32 de Poupinel (Lolliot *Société anatomique* 1867). Volumineux kyste de l'ovaire contenant une grande quantité de kystes plus petits remplis d'une matière colloïde et de liquide gélatineux. L'ovaire de l'autre côté avait subi un commencement de dégénérescence. L'estomac au voisinage du pylore était le siège d'une dégénérescence colloïde dans l'étendue de plusieurs centimètres.

Nous aurions tendance à rapprocher de ces cas l'observation suivante, quoique l'auteur en fasse un kyste dermoïde cancéreux non métastatique.

Obs. de Geipel. Deux mois après une ovariotomie pour kyste dermoïde typique (contenant des dents), on trouve à l'autopsie une grosse tumeur cancéreuse adhérente au côlon sigmoïde et qu'on n'avait pu enlever complètement. Il y avait un envahissement cancéreux du péritoine et un cancer de la petite courbure de l'estomac : cancer épithélial glandulaire à petites cellules.

En somme, on peut admettre que des kystes de l'ovaire peuvent coexister, comme par hasard, avec un cancer digestif ; mais que dans bien des cas de dégénérescence, surtout à la superficie de ces kystes, il faut rechercher un cancer digestif et considérer les lésions comme des métastases.

La réalité de ces lésions secondaires est en quelque sorte démontrée par l'observation de Walther que nous rapportons maintenant; d'un côté, la tumeur a évolué sur un ovaire normal donnant la tumeur solide habituelle; du côté opposé, il existait un kyste sur lequel sont venus tomber des éléments cancéreux, formant des greffes,

ayant même structure que le cancer primitif. On trouve ainsi chez la même malade les deux aspects les plus fréquents des cancers secondaires de l'ovaire :

Walther (*Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*. 20 juin 1910) 31 ans. Maigre mais vigoureuse. S'était présentée en mai 1905 avec un kyste de l'ovaire gauche et grossesse de 4 mois, qui évolua normalement ; en décembre 1908, le kyste se rompit brusquement : à ce moment, on constate des troubles gastriques : stase très nette, vomissements, dilatation considérable de l'estomac et anachlorydrie absolue, et on sentait une tumeur grosse comme une noix au niveau du pylore.

14 janvier 1909 : Large pylorectomie. Quelques ganglions autour du pylore, guérison.

En février 1910, forte métrorragie ; kyste reformé et beaucoup plus volumineux.

5 mars 1910, 2e *opération* : Kyste de l'ovaire gauche uniloculaire contenant 500 grammes de liquide jaune ; à droite, tumeur solide de l'ovaire, ressemblant à un fibrome, aplati large comme la main. Hystérectomie sus-vaginale.

Examen des pièces : Estomac : infiltration d'éléments épithéliaux irrégulièrement disséminés à aspect vacuolaire ; forte sclérose de la sous-muqueuse et du chorion : type de linite plastique.

Ovaire droit : tumeur mamelonnée, élastique, ferme, blanc jaunâtre ; au miscroscope : superficiellement nombreux éléments normaux ; le stroma profond est dissocié par des cellules cubiques ou vacuolaires souvent orientées autour d'une lumière comme une cavité glandulaire.

Ovaire gauche : Kyste muqueux sur lequel on trouve, au niveau du pédicule, des éléments cancéreux stomacaux semblables à ce que l'on voit sur l'autre ovaire.

Dans l'utérus il existe un noyau fibreux dont le centre est formé de cellules cancéreuses identiques aux précédentes.

Aucune autre métastase sur le péritoine ni ailleurs.

Kratzenstein rapporte (malheureusement sans détails) un cas tout à fait comparable.

Obs. 62. Malade âgée de 58 ans. Opérée le 18 octobre 1886 pour kyste multiloculaire dégénéré de l'ovaire gauche et pour tumeur solide bosselée de l'ovaire droit. Fibrome (?) utérin.

Morte le 21 avril 1887, de cancer de l'intestin.

Malgré l'aspect en général très caractéristique des métastases ovariques des cancers digestifs, on trouve beaucoup d'observations où les auteurs concluent à des cancers indépendants :

Obs. de Laroyenne et Bosquette. *Coexistence, chez une femme de 36 ans, d'un néoplasme des ovaires et d'un néoplasme de l'estomac. Examen histologique.* — 36 ans. 3 enfants. Réglée à 13 ans régulièrement. Depuis 3 mois, fatigue, affaiblissement, douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire. Augmentation du volume du ventre. Pertes sanguines avec caillots. Constipation, dyspnée, amaigrissement. On pense à une pelvi-péritonite ou à une bacillose péritonéale.

Le 16 mars, laparotomie exploratrice. Ascite, 2 tumeurs néoplasiques de chaque côté de l'utérus, grosses comme le poing, adhérentes et fixées.

On referme sans rien enlever. Morte après 36 heures.

Autopsie : L'ascite s'est déjà reproduite. Néoplasmes des deux ovaires à surface bosselée. Néoplasme du pylore en apparence primitif, induration annulaire large de 3 centimètres. Pas d'ulcération de la muqueuse. Induration très marquée du pancréas, noyaux secondaires dans le foie. Nombreux ganglions dans l'épiploon.

Examen histologique (docteur Bériel :)

Ovaires : stroma fibrillaire pauvre avec énormes alvéoles carcinomateux bourrés d'éléments épithéliaux : cellules volumineuses à protoplasme globuleux et transparent. « C'est un épithélioma ovarien à cellules claires. »

Éléments tout à fait analogues dans les ganglions, dans le foie et dans le pancréas.

Pylore : épithélioma typique de la muqueuse : néoformations alvéolaires pénétrant dans toutes les tuniques jusqu'au péritoine. Il a comme caractères le rapprochant de la tumeur ovarienne la tendance des cellules à devenir volumineuses et à se charger de substance colloïde, qui remplit ainsi la tumeur et les cavités glandulaires néoformées. Cependant ce cancer est de type assez nettement tranché pour qu'on soit assuré qu'il est différent du cancer ovarien et de ses généralisations ci-dessus rappelées.

A la suite de cette observation, l'auteur dit qu'il ne s'agit pas de greffes à cause :

1° Des caractères de tumeur limitée du néoplasme gastrique ;

2° Du type nettement ovarien de la tumeur pelvienne et de ses généralisations.

Tripier répond à cette communication qu' « il se produit sous l'influence de la néoplasie gastrique une excitation humorale du tissu ovarien, qui réagit alors selon un type hyperplasique propre à la glande génitale ».

L'auteur affirme que les lésions des ganglions, du foie et même du pancréas sont des métastases de la tumeur ovarienne ; mais on peut dire que les greffes secondaires sur ces organes, en particulier sur le pancréas, sont bien plus fréquentes à la suite de cancer gastrique que de cancer ovarien. Devons-nous ajouter que l'auteur de l'examen est un des rares auteurs récents qui mettent en doute l'existence des tumeurs secondaires des ovaires. On lit en effet, dans les *Éléments d'anatomie pathologique* de Bériel parus tout dernièrement : « Les tumeurs secondaires (des ovaires) sont tout à fait exceptionnelles si tant est qu'elles

existent; on observe parfois des ovaires cancéreux avec tumeurs malignes d'un autre organe (estomac par exemple); il est probable qu'il s'agit dans la plupart des cas de cancers simultanés. »

L'observation IV de Sturzenegger est très analogue à celle qui précède et l'auteur arrive aux mêmes conclusions :

Obs. — 30 ans. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Depuis 2 ans souffre dans la région inférieure et droite de l'abdomen avec mictions fréquentes ; puis faiblesse, céphalée, vomissements. Depuis quelque temps apparition d'une tumeur dans le ventre ; douleurs dans les reins, diarrhée, anorexie et vomissements. On trouve une masse dure, lisse, mobile, perceptible à droite par le toucher vaginal; l'ovaire gauche semble augmenté.

Opération : 2 litres et demi d'ascite jaune foncé ; on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, rouge et lisse. Tissu très friable contenant de nombreux kystes : ablation ; puis on enlève l'ovaire gauche gros comme une mandarine. Les deux tumeurs sont blanches à la coupe. Nombreuses granulations sur le péritoine et le douglas. On aperçoit une 3e tumeur qu'on suppose être un cancer de l'estomac.

Morte le 6e jour avec vomissements et troubles gastriques.

Autopsie : Congestion pulmonaire avec foyer d'infarctus et liquide brunâtre dans la plèvre gauche.

Pylore perméable mais infiltration circulaire de l'estomac ; à 2 centimètres de là, ulcération profonde sur la muqueuse à bords durs et à fond lisse. Pas de lésion du foie, mais gros ganglions prévertébraux.

Histologiquement : Cancer glandulaire de l'estomac ne dépassant pas la musculeuse, cancer épithélial à cellules rondes ou cylindriques ne ressemblant pas aux lésion des ovaires.

Ovaires : cancer alvéolaire ; les alvéoles plus ou moins grands sont remplis de cellules cylindriques minces, hautes, en plusieurs couches. Entre ces parties on voit des cellules dégénérées qui, par places, forment des amas déliquescents.

L'histologie de ce deuxième cas est identique à celle de l'observation précédente et nous aurions tendance à l'interpréter autrement que leurs auteurs, car les tumeurs ovariennes ressemblent beaucoup au type de Krükenberg.

Nous ne voulons pourtant pas nier la coexistence possible de deux cancers indépendants chez une même malade, mais le plus souvent, quand un cancer des ovaires coïncide avec un cancer digestif, on doit considérer qu'il sagit de métastases et que le cancer ovarique est secondaire au cancer digestif.

CHAPITRE III

VOIES DES MÉTASTASES

La relation entre les cancers digestifs et les cancers ovariques étant tout à fait probable, on s'est demandé par quelle voie se faît la propagation.

Plusieurs hypothèses sont en présence :

En examinant les observations détaillées, on voit que dans quelques cas les deux cancers sont localisés sans qu'il y ait de lésion ni du péritoine ni des ganglions ; dans d'autres le péritoine est envahi seul, ou seuls les ganglions ; dans la majorité des cas il y a lésions ganglionnaires et péritonéales. On peut donc invoquer la voie sanguine, la voie ganglionnaire ou la voie péritonéale ; enfin dans les cancers digestifs bas situés (rectum, côlon sigmoïde, intestin grêle), il y a encore la possibilité de la propagation par contiguïté ou même par continuité (comme pour les cancers primitifs de l'utérus avec cancers secondaires des ovaires),

Un très petit nombre d'auteurs admettent la voie sanguine conforme à l'ancienne théorie de l'embolie capillaire de Virchow et c'est au péritoine ou aux ganglions qu'on s'adresse

La voie péritonéale est le plus généralement admise et de nombreux arguments sont en sa faveur : il se fait par l'intermédiaire de la séreuse des greffes de cellules cancéreuses (*Impfimplantation*).

Krauss a d'abord insisté sur ces faits : dans plusieurs cas il avait constaté que le centre de l'ovaire n'était pas atteint dans la tumeur la moins volumineuse, c'est-à-dire la plus récente, et que les lésions débutaient à la périphérie pour se prolonger vers le centre de l'organe; les éléments les plus profonds sont toujours les plus jeunes. Il pense que des cellules épithéliales se détachent de la tumeur primitive et tombent mécaniquement par la pesanteur dans la cavité péritonéale, dans le Douglas et sur les ovaires. C'est également l'avis de Glockner, de Polano, de Gottschalk, de Schlagenhaufer, de Recklinghausen. Lubarsch rapporte une observation qui est très démonstrative pour lui et a presque la valeur d'une expérimentation :

Il s'agit d'un cancer de l'estomac avec cancer secondaire du foie, de l'ovaire et de la trompe du côté droit. Comme il s'agit d'un squirre de l'estomac certainement primitif, il admet que le cancer de l'ovaire était secondaire. Pour la propagation il y a soit la voie lymphatique, soit la transplantation. La première hypothèse peut être éliminée, car il y aurait eu au moins quelque lésion apparente des ganglions abdominaux; or ils étaient intacts. En faveur de la transplantation directe il y a : 1° le fait de la perforation gastrique par le cancer; 2° le fait que la trompe et l'ovaire droits étaient attirés dans le Douglas par des brides de péri et paramétrite et pouvaient être atteints par des cellules cancéreuses tombées dans le Douglas; au contraire l'ovaire gauche était recouvert d'adhérences

conjonctives qui le protégeaient complètement et il n'a pas pu s'y faire de greffes.

Outre le point particulier relaté par l'auteur, relevons deux autres détails. L'auteur dit que la propagation a pu se faire parce que le cancer gastrique avait perforé la séreuse; pour beaucoup d'auteurs c'est la condition *sine quà non* pour admettre la théorie de la greffe par implantation ; dans les autres cas il faut penser à une métastase par les lymphatiques ; mais Krauss a bien montré qu'il n'est pas nécessaire que cet envahissement soit visible à l'œil nu, il suffit que quelques rares boyaux cancéreux infiltrent les tuniques de l'organe pour arriver sous la séreuse et tomber ensuite dans la cavité péritonéale.

L'invasion du Douglas signalée dans l'observation précédente doit également être retenue. Rosenstirn, Palmer ont tout recemment attiré l'attention sur cette localisation des métastases des cancers de l'estomac : c'est ce qu'on appelle *la métastase prérectale ou dépôt pelvien*. Rosenstirn arrive aux conclusions suivantes à la suite de l'examen microscopique du Douglas chez 15 malades atteints de cancer de l'estomac :

Le Douglas peut être envahi microscopiquement alors qu'il semble sain à l'œil nu; le fond du Douglas était pris dans deux cas tandis que les parties antérieure et postérieure plus élévées étaient intactes ; ces métastases se produisent avant celles des ovaires ; il n'est pas nécessaire que le cancer primitif soit ouvert largement dans le ventre pour que ces métastases existent ; un cancer encore revêtu de la séreuse peut créer des métastases par implantation dans le Douglas; la théorie de l'implantation permet seule d'interpréter ces faits et c'est l'élimina-

tion de la théorie sanguine ou lymphatique rétrograde.

A ces conclusions qui envisagent seulement le rôle mécanique de la pesanteur, il faut ajouter l'hypothèse de Schenk et Sitzenfrey qui font jouer un rôle actif à *l'épiploon*; ils ont pu dans un cas suivre en quelque sorte le chemin de la métastase : l'épiploon cancéreux était adhérent à l'ovaire cancérisé, et ces auteurs pensent que l'épiploon peut agir soit par ses mouvements propres bien connus en disséminant les cellules cancéreuses libres dans la cavité abdominale, soit en étant envahi directement ou dans ses lymphatiques.

Mais on peut se demander pourquoi cette localisation de la métastase sur les ovaires; la plupart des auteurs sont d'accord pour dire que c'est un organe prédisposé par plusieurs circonstances. La vitalité spéciale des ovaires pendant la période génitale a permis de distinguer deux sortes de vaisseaux, les uns nutritifs, les autres fonctionnels, ces derniers surtout développés autour des follicules en voie d'accroissement; la déhiscence des follicules produit une plaie sur l'ovaire par où pourra pénétrer la cellule cancéreuse; la richesse vasculaire aidera à la dissémination et au développement d'une tumeur secondaire.

D'ailleurs, on a cherché par l'expérimentation à montrer que des particules libres dans la cavité péritonéale avaient une tendance très marquée à se fixer sur l'ovaire. Amann a rappelé au congrès de Kiel des expériences faites par lui 12 ans auparavant: il injectait de l'encre de Chine dans la cavité adbominale de chiennes ou de souris ; en même temps, il avait injecté dans le vagin et l'utérus de ces animaux des substances (cultures bactériennes stérilisées)

susceptibles de provoquer une certaine leucocytose et il avait remarqué que les ovaires étaient beaucoup plus imprégnés que tous les autres organes par les grains d'encre de Chine. Krauss injecte de même de l'encre de Chine dans le péritoine de chiennes et trouve que les grains viennent se fixer sur l'épithélium germinatif des ovaires entre les cellules et même dans les cellules épithéliales et il pense que les cellules cancéreuses peuvent faire de même. Wolfheim reprenant ces expériences arrive à d'autres conclusions, il dit : 1° que l'épithélium germinatif des ovaires intact ne laisse pas pénétrer les grains d'encre ; 2° cette pénétration est possible à la suite de lésions dues à la rupture des follicules au moment de l'ovulation. Polano prétend au contraire que l'encre de Chine pénètre parfaitement à travers l'épithélium germinatif et librement (sans être inclus dans des leucocytes) ; des éléments vivants font de même (Heubacille) ; enfin il a pu obtenir les mêmes résultats, en plongeant des ovaires en activité sexuelle dans une solution d'encre de Chine et de sérum physiologique, sitôt après leur ablation au cours d'opérations gynécologiques.

On voit en somme que l'ovaire semble un terrain favorable et que l'activité sexuelle aide encore à la métastase possible et tous les auteurs insistent sur ce point dans leur statistique. Nous mêmes avons indiqué que les cancers secondaires sont beaucoup plus fréquents avant la ménopause qu'après.

J.-L. Faure, au congrès de Toulouse, signale l'opinion suivante de Dambrin pour expliquer la localisation spéciale de l'ovaire : « C'est que seul de tous les organes intra-abdominaux, l'ovaire est dépourvu de revêtement séreux.

Il est possible que partout ailleurs les réactions de défense si marquées du péritoine amènent la destruction des cellules cancéreuses, qui ne trouvent alors pour se greffer que la surface de l'ovaire. »

On trouve déjà cette idée émise dans le travail de Krauss. Cet auteur se demande, en effet, pourquoi les tumeurs prennent un volume considérable sur l'ovaire, alors qu'elles ne donnent que de petits nodules sur le péritoine : ces nodules sont formés partie de tissu fibreux partie de cellules néoplasiques entourées de tissu conjonctif, ce qui indique que le péritoine est un mauvais terrain pour le développement des métastases ; à ce sujet, Freund indique que, « dans l'extirpation de néoplasmes de l'ovaire, il est impossible d'enlever complètement les noyaux voisins sur le péritoine, car, tandis que leur extrémité est friable, il y a une base de réaction fibreuse qu'on ne peut exciser et qui ne saigne pas ; ces nodules ne sont pas l'origine de récidives mais restent comme de simples corps étrangers. » Sur l'ovaire, au contraire, la greffe trouve des conditions favorables du fait de la vascularisation extrême et de la facilité avec laquelle l'ovaire multiplie ses vaisseaux, car il se produit des vaisseaux de néoformation autour de cellules cancéreuses comme autour des follicules de de Graaf en maturation. Bucher disait d'ailleurs : « Quand il y a une propagation par suite de la perforation d'un cancer de l'estomac, par exemple, des cellules jeunes tombent dans le péritoine, il n'y a pour une greffe possible qu'un endothélium disponible, et si une implantation s'y fait, elle sera différente de celle qui se ferait au niveau d'un épithélium (une muqueuse par exemple). Pourtant il y a dans le ventre un organe recouvert d'un épithélium qui sera

tout prêt pour l'envahissement cancéreux, c'est l'ovaire. » La même remarque se trouve dans la thèse de Dreyfus.

En somme, il y a de nombreux arguments en faveur de la propagation directe, mais on ne saurait affirmer que la voie lymphatique rétrograde n'est jamais suivie. Dans un très grand nombre d'observations, les ganglions sont envahis en même temps que le péritoine ; dans quelques cas ils sont pris seuls et alors pour Kehrer, Kaul, Glockner, etc., la métastase s'explique parce que les lymphatiques de l'estomac vont aux ganglions rétropéritonéaux, les ganglions rétrogastriques communiquent avec les ganglions lombaires supérieurs où arrivent les lymphatiques de l'ovaire. D'ailleurs, on peut parfois constater dans la tumeur secondaire l'envahissement des lymphatiques avec cellules cancéreuses dans leur cavité ; il est vrai que l'envahissement peut s'être fait secondairement.

La voie lymphatique est en outre admise par beaucoup d'auteurs pour les cancers des ovaires coexistant avec des cancers de l'utérus ou du rectum et surtout pour ceux que l'on trouve en même temps qu'un cancer du sein, par exemple : on ne peut guère admettre que cette voie ou la voie sanguine.

Nous trouvons une discussion un peu particulière sur ces voies de la métastase à propos d'une communication de Sternberg à la société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne (12 déc. 1905). Cet auteur, à la suite d'une observation personnelle, dit que la greffe est douteuse en particulier à cause de l'éloignement de l'estomac et des ovaires. Schauta lui répond que l'éloignement des organes n'a rien à faire, et il ajoute que Busse, dans le chapitre « Péri-

métrite » du livre de Martin, admet que certaines affections de l'estomac ou de la vésicule peuvent créer des périmétrites ; si cela est possible sans participation des régions intermédiaires du péritoine, il ne faut pas en douter pour les métastases par greffe. A quoi Sternberg réplique que ce qui est possible pour la périmétrite d'origine infectieuse ne l'est pas pour le cancer qui jusqu'à présent ne semble pas de nature parasitaire.

Nous n'insisterons pas sur ce dernier argument qui nous amènerait à discuter la pathogénie du cancer en général. Nous retiendrons seulement de ces recherches que les ovaires ont une prédisposition remarquable à la métastase, qui est mieux expliquée par la propagation directe que par l'infection lymphatique rétrograde. Nous pourrions donner comme dernier argument le fait que la grande majorité de ces cancers secondaires sont bilatéraux. Quand la lésion siège d'un seul côté, on peut l'expliquer souvent par des causes mécaniques, comme dans l'observation de Lubarsch, ou bien par le non fonctionnement de l'ovaire, comme dans cette observation de Schauta ; la plaie folliculaire étant nécessaire pour l'inoculation bilatérale :

Obs. — 36 ans, réglée à 19 ans, 3 accouchements ; dernières règles en avril 1904. Depuis cette époque : violentes douleurs dans le ventre, constipation, perte d'appétit ; depuis 10 jours pas de garde-robe. Fort amaigrissement. — A l'examen, ventre ballonné ; grosse dilatation de l'estomac qui descend à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les annexes droites sont transformées en une tumeur solide, grosse comme le poing, dure, bosselée.

Suc gastrique : Acidité totale faible. Pas d'Hcl libre. — Je pensais à un cancer de l'ovaire combiné à un cancer du pylore.

Opération : Ascite ; ablation d'une tumeur ovarique grosse comme les deux poings, non adhérente. Ovaire gauche normal enlevé à cause de l'aspect néoplasique de la tumeur du côté droit. On agrandit l'incision pour voir l'estomac que l'on trouve dilaté et au niveau du pylore on constate un cancer gros comme une pomme avec quelques granulations sur le péritoine voisin et quelques ganglions augmentés près de l'estomac. On fait une gastro-entérostomie (opération radicale impossible). Suites favorables.

L'ovaire droit était le siège d'un cancer cylindrique avec nombreuses mitoses. L'ovaire gauche était atrophique et c'est pour cela qu'il n'a pas été atteint parce qu'il ne devait plus fonctionner : et en effet, quoique cette femme n'eût que 36 ans, elle n'avait plus de règles depuis 2 ans.

L'auteur pense que la propagation se fait par le péritoine, mais il insiste sur le fait qu'il n'y avait pas de métastases sur le péritoine entre le cancer du pylore et le bassin.

L'atrophie d'un des ovaires dans le cas de cancer unilatéral est indiqué par d'autres auteurs (obs. de Bode, Prochownick) qui font de l'activité génitale une condition nécessaire à la greffe cancéreuse.

Mais les ovaires peuvent n'être pas augmentés de volume et être pourtant déjà envahis par le cancer, ainsi que l'affirme Sitzenfrey à la suite des deux observations que voici :

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 35 ans à qui on fit le 11 octobre 1906 une gastro-entérostomie pour cancer inopérable de l'estomac. A l'autopsie de cette femme morte le 18 janvier 1907 on trouve un cancer du pylore ayant envahi la musculeuse mais non perforé la séreuse et avec des métastases dans les ganglions lombaires, périportaux et sus-claviculaires, dans l'épiploon, le pan-

créas et le péricarde ; il y avait en outre une grossesse de 6 mois.

Examen des organes génitaux : Sur la séreuse de l'utérus gravide quelques métastases, plus abondantes dans le Douglas. *Les ovaires semblent sains.* En un point de la surface de l'ovaire droit adhère une petite pointe d'épiploon : une préparation faite en ce point permet de reconnaître un noyau cancéreux à cellules épithéliales ; l'adhérence entre l'épiploon et la substance corticale de l'ovaire est si intime que l'on peut suivre la pénétration d'un vaisseau lymphatique de l'épiploon dans le stroma de l'ovaire. On trouve en outre sur les deux ovaires entre les cellules de l'épithélium germinatif des cellules cancéreuses distinctes par leur taille, leur irrégularité et leur noyau fortement coloré ; ces foyers cancéreux sont superficiels, n'envahissent ni les follicules, ni la substance corticale, ni les lymphatiques.

Dans la deuxième observation, la malade, âgée de 45 ans, entre pour métrorragies durant depuis un mois environ et douleurs dans les lombes et dans le ventre depuis 15 jours,

Réglée à 15 ans, a eu 6 accouchements normaux. Pas de douleurs gastriques ni intestinales. Quelques troubles de la miction. Mauvais état général.

On fait le diagnostic d'endométrite et on pratique un curettage le 18 avril. Morte le 20 avril : on trouve l'épiploon couvert de petits points noirs comme saupoudré de poivre. Un peu de liquide sanguinolent dans le ventre. Un kyste à contenu sanglant sur chaque ovaire. Estomac en sablier dont la plus petite portion correspond au pylore. Cicatrice d'ulcère, adhérente au pancréas et dont les bords sont durs, calleux ; musculeuse très hypertrophiée et large zone blanche sur la séreuse qui est pâle (cancer ?). Quelques ganglions volumineux, durs, blancs, avec quelques taches rouges à la coupe. — Broncho-pneumonie double.

Microscope : cancer de l'estomac et métastases ganglionnaires. Les kystes des ovaires sont des kystes de corps jaunes ; mais au niveau du hile on trouve des cellules cancéreuses isolées et groupées : cellules épithéliales arrondies ou aplaties les unes contre les autres, d'autres plus grosses avec dégénérescence muqueuse en forme de bague, aspect typique par place du cancer de Krükenberg.

La première observation est celle que nous avons déjà signalée à propos du rôle de l'épiploon. Ces deux cas sont très importants car ils sont le point de départ d'une conduite opératoire spéciale. L'auteur est en effet d'avis que, pour améliorer le pronostic du cancer gastrique opéré chez des femmes encore jeunes, il est nécessaire d'enlever les ovaires, qui, en apparence sains, peuvent déjà être malades ou tout au moins le devenir ; l'épiploon étant souvent envahi, il faut également le réséquer. Quant aux ganglions, on ne peut jamais avoir la certitude de tous les enlever, mais on sait qu'ils peuvent régresser après l'ablation des centres de propagation.

Il faudrait pourtant se garder d'exagérer : car si l'on suivait, outre le conseil de Sitzenfrey, celui de Rosenstirn, on devrait aussi enlever le Douglas qui est la région la première envahie et Rosenstirn est d'avis de le réséquer. D'ailleurs contre l'ovariotomie la première observation de Sitzenfrey contient un fait très intéressant : cette femme était enceinte de 6 mois ; or elle n'est pas morte de cancer secondaire des ovaires puisque les métastases n'étaient que microscopiques ; par contre elle aurait pu mener une grossesse à terme.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Cliniquement il semblerait que l'on doit retrouver un mélange de symptômes manifestant à la fois l'atteinte du tube digestif et de l'appareil génital ; pourtant, ce n'est pas la règle, et le plus souvent ce sont les signes ovariques qui attirent l'attention par le volume des tumeurs.

Il s'agit très souvent de femmes encore jeunes, qui accusent des douleurs abdominales, des troubles menstruels et une augmentation de volume du ventre.

Les douleurs se manifestent sous forme de pesanteur dans le bas-ventre, de fatigue, et se propagent souvent dans la région lombaire. Elles manquent parfois, sont rarement très violentes, peuvent survenir par crises et font alors penser à une torsion de la tumeur : cette complication semble, d'ailleurs, assez exceptionnelle.

Les troubles menstruels sont constants, attirent souvent l'attention de la malade, qui, dans quelques cas, se croit enceinte ; l'aménorrhée est, en effet, très souvent constatée. Pourtant il peut y avoir des métrorragies, en général pas très abondantes et très irrégulières.

L'augmentation de volume du ventre frappe davantage :

elle n'est pas très considérable, mais contraste avec l'amaigrissement rapide. Elle est due à la fois à l'accroissement des tumeurs ovariques et à la production d'ascite : l'ascite est extrêmement fréquente; le plus souvent à liquide clair, parfois hémorragique, elle nécessite rarement la ponction, mais dans ce cas elle se reproduit rapidement.

A côté de ces trois symptômes principaux, les vomissements ne manquent presque jamais, la description que l'on en trouve dans les observations n'a rien de caractéristique : ils sont mal étudiés car ils sont facilement rapportés à la lésion génitale. Au contraire, dans les cas où l'examen attentif en a été fait, y compris les recherches chimiques, on leur retrouve les caractères qui permettent de les rattacher à un cancer digestif (sténose pylorique, avec anachlorhydrie, occlusion intestinale).

L'état général est rapidement atteint; on note l'amaigrissement, l'anorexie, parfois l'œdème des membres inférieurs, ce qui fait presque toujours porter le diagnostic de cancer.

Les signes physiques du côté des ovaires sont, en général, nettement perçus. Par le palper, on reconnaît l'ascite libre en plus ou moins grande quantité et quelquefois une tumeur mobile, irrégulière, bosselée, flottant dans le liquide. Par le toucher combiné au palper, on sent très souvent une masse dans le Douglas, en arrière de l'utérus qui est repoussé en avant : c'est une tumeur peu douloureuse, plutôt élastique que franchement dure, et qui présente des irrégularités; le doigt vaginal peut la renvoyer à la main qui palpe l'abdomen. On peut reconnaître une seconde tumeur dépendant des annexes du côté opposé; mais, dans beaucoup d'observations, on ne décrit qu'une

seule masse, les deux tumeurs étant assez peu distinctes l'une de l'autre; la plus petite refoulée dans le pelvis est masquée par la plus grosse nettement abdominale.

Les symptômes en rapport avec le cancer primitif doivent être recherchés soigneusement, et les auteurs qui y ont pensé, les ont retrouvés. Ce sont surtout des signes gastriques, l'estomac étant le plus souvent le siège de la tumeur primitive; mais on sait que ces signes peuvent être longtemps peu marqués, si la tumeur n'est pas accessible par le palper, et s'il n'y a pas de signes de sténose pylorique. Les cancers de l'intestin se manifesteront parfois par du melœna et surtout par des symptômes d'occlusion; ces derniers sont d'ailleurs souvent rapportés à la compression par les tumeurs ovariques. Enfin, dans les cancers primitifs des voies biliaires, l'ictère pourrait attirer l'attention, mais les observations complètes de ce genre sont très peu nombreuses.

Si les symptômes ovariques sont ceux qui frappent le plus, quand les tumeurs deviennent volumineuses, il ne faut pas oublier que bien souvent c'est l'inverse qui se produit; dans bien des cas, il s'agit de malades opérées précédemment d'un cancer digestif, qui reviennent avec des troubles dans la sphère génitale, et l'on pourrait ainsi décrire de nombreux types cliniques, suivant la prédominance des symptômes de la tumeur primitive ou de la tumeur secondaire.

Ces faits ont surtout de l'importance au point de vue du diagnostic : quand, chez une femme anciennement opérée de cancer digestif, on voit apparaître les troubles que nous avons indiqués, il faut penser à une métastase ovarienne; de même, il faut rechercher le cancer primitif quand, après

hystérectomie pour cancer des ovaires, on revoit la malade avec des troubles digestifs.

Quand les cancers se succèdent de la sorte, le diagnostic est facile, il suffit d'y penser; mais il n'en est plus de même quand on examine pour la première fois ces malades.

Le diagnostic posé a été souvent celui de fibromes utérins : on évitera l'erreur, en s'appliquant à délimiter l'utérus; on pourra souvent faciliter cette recherche en plaçant la femme en position inversée; les tumeurs ovariennes très mobiles sortiront alors du pelvis, et découvriront l'utérus : en outre, l'ascite, le mauvais état général, les hémorragies moins abondantes, aideront à éliminer le fibrome.

Dans quelques cas, on a pu penser à la péritonite tuberculeuse, surtout quand les tumeurs ovariques sont encore peu volumineuses, et l'on sait la fréquence des lésions annexielles dans l'ascite dite essentielle. Mais les malades sont plus jeunes, l'état général reste longtemps assez bon; l'accroissement des tumeurs lèvera les doutes.

Malgré l'ensemble de vomissements, aménorrhée et augmentation du ventre, on a rarement commis l'erreur avec la grossesse : l'évolution différente, l'ascite, l'absence de signes fœtaux, expliquent que la confusion ne soit guère possible. Notons d'ailleurs que, dans quelques observations, on a pu voir évoluer simultanément une grossesse et des cancers métastatiques des ovaires, ces tumeurs ayant été cause de dystocies plus ou moins graves.

On arrivera assez aisément à porter le diagnostic de tumeur des ovaires et même de tumeur maligne, et il restera à savoir si l'on a affaire à un cancer primitif ou se-

condaire. La bilatéralité, la mobilité, la forme assez arrondie devront faire penser à un cancer secondaire; mais c'est surtout la recherche systématique d'un cancer sur le tractus gastro-intestinal qui fera découvrir la lésion initiale souvent latente. Il sera important de faire un examen du chimisme gastrique avec repas d'épreuve; cette recherche a donné des résultats positifs presque chaque fois qu'elle a été faite (obs. de Hartmann, Schauta, Wagner, Gobiet, Fleichmann, Bret et Paviot, Goullioud).

En l'absence de signes gastriques, on examinera l'intestin, recherchant une tumeur ou les signes d'occlusion. Il sera utile, de même, de faire les réactions chimiques qui permettent de retrouver des hémorragies occultes dans les matières fécales. Enfin on ne négligera pas le toucher rectal dans un double but : le cancer primitif peut s'y rencontrer et on y trouvera parfois l'infiltration du Douglas dont on a vu l'importance.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'on fera un diagnostic précis, quand, en présence d'une tumeur des ovaires, on pensera à la possibilité d'une métastase; pourtant la lésion ovarique peut être très petite, et c'est au cours de l'intervention qu'il faudra songer à examiner les ovaires.

Le pronostic de ces cancers secondaires est encore difficile à porter, le nombre des opérations, après diagnostic clinique complet est trop restreint pour que l'on puisse conclure.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous avons relevé 31 observations où il y eut intervention sur l'estomac et sur les ovaires et qui se répartissent de la façon suivante :

Dans 17 observations il s'est agi de femmes à qui on avait fait plus ou moins longtemps auparavant une pylorectomie ou une gastrectomie et qu'on dut ensuite opérer pour cancer des ovaires.

Amann : Pylorectomie suivie 1 an un quart plus tard d'ovariotomie.

Heine : Gastrectomie en mai 1890. En juin 1891, ovariotomie pour sarcome double de l'ovaire. *Sortie en assez bon état mais avec signes de récidives gastriques.*

Stickel : Obs. 7. Pylorectomie le 11 novembre 1901. En avril 1904 ovariotomie double pour cancer (cystoadénocarcinome). Guérison.

Borrmann : Obs. 36. Gastrectomie le 15 novembre 1898. Ovariotomie double 1 an trois quart après. *Vit en janvier* 1901, mais a une grosse tumeur dans le foie (métastase ?).

Borrmann : Obs. p. 352. Gastrectomie le 29 novembre 1897. Le 21 juin 1900 (2 ans trois quarts après), ovariotomie double pour cancer. *Encore bien portante* en décembre 1900, mais en février 1901, ictère (métastase hépatique).

Walther : Janvier 1909, pylorectomie large. 5 mai 1910 castration abdominale sus-vaginale.

Bode : Pylorectomie 3 ans avant ; ovariotomie droite pour sarcome (ovaire gauche atrophié).

Bode : Pylorectomie 2 ans avant. Ovariotomie droite pour sarcome.

Picqué : Gastrectomie 2 ans avant. Ovariotomie double pour fibrosarcome.

Kausch : Gastrectomie 2 ans avant. Ovariotomie. *Encore vivante* 2 ans plus tard sans récidive.

Kronlein : Deux cas de pylorectomie suivie d'ovariotomie plus tard (sans précision).

Mickulicz : Pylorectomie le 15 septembre 1898 ; en mai 1900, ovariotomie.

Papaïoannou : Obs. 2. Pylorectomie 1 an auparavant. Ovariotomie double à l'anesthésie locale. Pas de récidive sur le pylore. *Guérison.*

Kappeler : Pylorectomie 2 juillet 1892. Le 4 avril 1894, ovariotomie et colostomie iliaque (cancer du rectum). Guérison opératoire. *Morte* au bout de 4 mois.

Goullioud : 20 avril 1902, double entéro-anastomose. 12 juillet 1904. Pylorectomie. 3 avril 1905, ovariotomie double. *Morte* en décembre 1905 de cachexie.

Tixier : Gastrectomie il y a 2 ans et demi. Castration abdominale totale pour cancer des ovaires et amputation du sein pour cancer.

Il est très difficile de tirer quelques conclusions de ces cas parce que les résultats éloignés nous manquent ; pourtant nous remarquerons que Kausch signale une survie de 2 ans après la deuxième intervention, ce seul cas suffirait pour encourager à opérer.

Dans 6 cas on a fait ovariotomie et opération palliative sur l'estomac dans la suite ou en deux temps :

Amann : Gastro-entérostomie 3 ans et demi avant. Ovariotomie double.

Manzoni : Ovariotomie double ; puis 2 mois plus tard gastro-entérostomie. *Morte* de schok.

Polano : Ovariotomie double puis gastro-entérostomie. Sortie en bon état. *Pas de nouvelle.*

Goldenberg : Obs. 6. 21 septembre, ovariotomie double. 25 octobre, gastro-entérostomie à cause des signes de sténose augmentant.

Schlagenhaufer : Obs. 5. Ovariotomie double. 8 jours après, gastro-entérostomie. Amélioration et augmentation de poids pendant 3 mois.

Franz Cohn : Obs. 2. Ovariotomie double. Gastro-entérostomie quelque temps après.

Quelques opérations ont été faites en une seule séance :

Schauta : Gastro-entérostomie et ovariotomie double.

De Snoo : Ovariotomie et gastro-entérostomie. *Morte* au bout de 6 mois après avoir été bien portante pendant 3 mois.

Engelhorn : Obs. 7. Ovariotomie et gastrectomie. *Morte* 7 mois plus tard, cachectique.

Glockner : Obs. 12. Ovariotomie et pylorectomie. Bon état pendant 3 mois. *Morte* 11 mois après l'opération avec signes de métastases vertébrales (paraplégie).

Schenk : Ovariotomie double et pylorectomie. Très bon état pendant 12 mois, puis revint avec cancer du col qu'on opéra ; mais mourut cachectique chez elle quelque temps après.

Schenk : Ovariotomie double et gastrectomie. Bon état pendant 8 mois, puis douleurs et mort au bout de 2 mois.

Nous mettons à part l'observation de

Gobiet, qui, après avoir fait une castration abdominale totale à la Wertheim chez une femme enceinte à terme avec fœtus mort et qui avait un cancer du col et des ovaires, constata un cancer de l'estomac ; on fit 25 séances de 15 à 20 minutes de rayons X ; la tumeur disparut rapidement et la malade sortit au bout de 2 mois en bon état.

Enfin la technique suivie par notre maître le professeur

Hartmann diffère sensiblement de ce qui a été fait jusqu'ici et le résultat a été très favorable, puisque la malade a été revue il y a quelque temps (milieu de décembre 1910) en très bon état.

On avait fait dans un premier temps la castration abdominale totale et une gastroentérostomie postérieure : la malade se remit parfaitement et, grâce à l'opération palliative, put se remonter. Un mois plus tard elle supporte très bien une pylorectomie.

Pourtant, si dans ce cas le pronostic semble devoir être bon, il est plutôt sombre d'après l'ensemble des faits que nous rapportons puisque, même après une amélioration passagère, les malades sont mortes d'autres localisations cancéreuses ou de cachexie.

Il ne faut cependant pas s'abstenir et, comme pour tous les cancers, le pronostic dépend surtout de la précocité de l'intervention. Jusqu'à présent le diagnostic certain des deux lésions concomitantes n'a pas été souvent porté avant l'opération et l'on peut espérer que le pronostic sera modifié si l'on fait systématiquement l'examen du suc gastrique et de l'estomac chez les femmes atteintes de tumeurs bilatérales des ovaires et si inversement on examine avec soin l'appareil génital des femmes atteintes de cancer de l'estomac.

L'opération sera tentée surtout s'il n'y a pas de métastases sur d'autres organes ou un envahissement important du péritoine et des ganglions : opération d'ailleurs presque toujours facile car ces tumeurs secondaires des ovaires sont d'un volume moyen ; elles sont lisses, bien limitées, peu adhérentes et très mobiles, donc aisément extirpables. On enlèvera en même temps l'utérus, ce qui est d'ailleurs une règle actuellement quand on fait une

ovariotomie double ; les cas de cancer secondaire du col observés étant un argument de plus.

Les signes à distance, en particulier la métastase pelvienne prérectale, doivent être une contre-indication, pourtant il vaudra mieux, même dans ces cas, faire une incision exploratrice qui amènera parfois à une opération palliative du côté du tube digestif.

Nous avons déjà indiqué ce qu'il faut penser de la castration préventive préconisée par Schenk et Sitzenfrey ; pourtant les quelques cas où l'on a dû opérer des cancers secondaires des ovaires alors qu'il n'y avait pas de récidive locale au niveau de l'estomac seraient en faveur de cette technique, bien difficile à soutenir par ailleurs.

Si nous examinons les cas de cancers des ovaires coexistant avec un cancer de l'intestin, nous trouvons un beaucoup moins grand nombre d'opérations ; pour les interventions sur l'intestin grêle nous citerons :

Le Dentu : Entérectomie il y a trois ans. Ovariotomie droite.

Kubo : Ovariotomie droite, puis, trois ans plus tard, ovariotomie gauche et résection du grêle. *Encore vivante dix ans après* la seconde opération.

Schustler : Ovariotomie double et résection de 12 centimètres d'intestin grêle. Guérison.

Il est difficile d'apprécier pour ces trois cas ; celui de Schustler est rapporté comme un cancer de l'intestin par Schlagenhaufer, mais, d'après l'original, la résection semble avoir été faite à cause des adhérences ; le cas de Kubo est rapporté comme un lymphangioenthéliome de

l'ovaire avec métastase sur l'intestin, mais la survie est vraiment remarquable pour une tumeur maligne.

Quant au cancer du gros intestin ayant donné lieu à ces interventions, dans deux cas il s'est agi de coexistences de kystes bénins et de cancer du côlon :

A. Guinard : Ovariotomie double pour kystes. Anastomose recto-sigmoïde (sans résection) pour cancer de l'S iliaque. *Guérison.*

Amann : Ovariotomie pour kyste bénin. Résection du côlon descendant pour cancer. *Guérison.*

L'observation de Condamin est très discutable.

Condamin : Résection du cœcum pour tumeur pédiculée intra-cœcale apparue deux ans après une ovariotomie droite pour kyste végétant.

Restent les six observations de Amann, Goullioud, Kouwer et Bland Sutton.

Amann : Castration abdominale totale. Résection du côlon. *Guérison.*

Goullioud : Obs. 1. 8 Février 1903. Anus sus-pubien sur le grêle pour occlusion. 6 mars 1903, amputation abdomino-périnéale du rectum avec anus iliaque terminal. 20 mai 1904, ovariotomie. *Morte* de récidive de l'ovaire en décembre 1905.

Goullioud : Obs. 2. Ovariotomie et résection d'un cancer de l'S iliaque en une seule séance. Survie de 15 mois.

Bland Sutton : Ovariotomie double et résection de la tumeur de l'angle iléo-cœcal. Survie de 16 mois.

Bland Sutton : Ovariotomie droite et résection de l'angle sigmoïde.

Kouwer: Ovariotomie double et résection du côlon sigmoïde. *Guérison.*

Ces quelques cas ne permettent pas de faire des déductions thérapeutiques mais ce que nous avons dit des cancers gastriques s'applique aussi bien aux cancers de l'intestin.

Pourtant il n'est pas douteux que le pronostic opératoire est très réservé : Hofmeier, au congrès de Kiel de 1905, dit qu'il n'y a pour ainsi dire pas dans la littérature de cas de guérison après opération pour cancer double des ovaires sauf un cas de Pfannenstiel après quatre ans et demi, un cas de Fritsch après 6 ou 7 ans, et Tauffer y ajoute un cas personnel après douze ans.

Mais ne peut-on pas supposer que le pronostic si mauvais vient souvent de ce qu'après l'ovariotomie double il restait un cancer primitif insoupçonné qui continuait à évoluer? Il y a lieu d'espérer que la recherche attentive de ce cancer principal permettant une double opération pourra améliorer sensiblement le pronostic opératoire.

OBSERVATIONS

1. — Cancer de l'estomac et cancer des ovaires sans lésions d'autres viscères,

TREKAKI, *Soc. anatomique*, 1890.

42 ans. IVpare. — A été prise il y a deux ans pour la première fois de vomissements aqueux sans cause apparente, survenant à toute heure, aussi bien avant qu'après les repas. Constipation assez opiniâtre. Pas de douleurs mais hoquets après chaque repas. Pas d'anorexie ni de dégoûts. Il y a huit mois apparurent des douleurs vives dans la région épigastrique en dehors des repas. Après les repas la malade ressentait une pesenteur dans le ventre, puis l'appétit diminua en même temps qu'apparaissait le dégoût pour la viande.

En janvier 1890 la malade trouve elle-même qu'elle a une tumeur dans le ventre.

Entrée en février 1890 avec des vomissements continuels et surtout un quart d'heure après le repas, avec des douleurs plus violentes à ce moment.

On trouve au-dessus de l'ombilic et à gauche une tumeur allongée tranversalement se prolongeant vers l'épigastre, à limites peu nettes, douloureuse à la pression.

Morte rapidement avec amaigrissement et coma. Autopsie. Pas d'ascite. La tumeur perçue au palper était formée par de l'épiploon. Infiltration de la moitié droite de l'estomac sans sténose du pylore.

Les ovaires ont le volume d'une châtaigne, blanchâtres à la coupe, de même consistance que l'estomac.

Nombreux noyaux cancéreux sur tout le péritoine, y compris le péritoine pelvien, Mais pas d'autres métastases.

Etude histologique (M. Brault). Epithélioma cylindrique avec envahissement du péritoine, des ovaires et un noyau analogue dans l'utérus (sur les coupes on voit nettement des formations glandulaires en tube rappelant les glandes de l'estomac).

L'auteur rapproche son observation de celle de Hempel (cancer du pylore et dégénérescence cancéreuse secondaire des deux ovaires).

« Le cancer, après avoir envahi le péritoine, paraît s'être propagé de proche en proche, en particulier aux deux ovaires et à l'utérus en les pénétrant de dehors en dedans. »

LÉVI ET CLAUDE, *Soc. anatomique*, mai 1895.

51 ans. Opérée un an auparavant par M. Tuffier de cancer colloïde du pylore ; bon état pendant plusieurs mois, puis apparaissent des douleurs abdominales qui s'accompagnent d'ascite. A la deuxième ponction de cette ascite on s'aperçoit qu'il y a dans le bassin des masses dures, bosselées. On fit ainsi cinq ponctions, mais la malade mourut rapidement de cachexie.

Autopsie. — Péritoine épaissi, couvert de granulations cancéreuses et contenant un peu de liquide. Epiploon infiltré, lardacé, rétracté. Estomac englobé dans des masses cancéreuses.

Ovaires cancéreux : le droit, gros comme un œuf de poule, est de consistance ferme mais présente au centre des masses gélatineuses ; il n'y a plus trace de tissu ovarien normal.

L'ovaire gauche, gros comme une tête de fœtus, a le même aspect.

Pas de lésions, ni des ganglions, ni du foie, ni d'aucun autre viscère abdominal.

Histologiquement : Néoplasie colloïde de l'estomac : cellules à

noyau peu coloré à cause de la substance colloïde amorphe, qui les remplit. Tout l'ovaire est transformé en réseaux conjonctifs entourant de grandes cellules de cancer colloïde.

Les auteurs concluent : « Il semble donc dans ce cas, comme le disait Cruveilhier, à propos de cas analogues, que le cancer colloïde s'est comporté ici comme un cancer local ayant une prédilection pour le tissu péritonéal et ne se propageant pas par voie lymphatique ou sanguine, mais plutôt par continuité du tissu. »

STERNBERG, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1906, n° 25.

25 ans. Entre le 26 août 1904 pour dyspnée. Depuis quelques mois, elle a remarqué l'apparition d'une tumeur dans le bas-ventre, avec de violentes douleurs. Amaigrissement. Elle a eu récemment un épanchement (2.300 grammes évacués par ponction) dans la plèvre droite. Tout l'abdomen est rempli par une tumeur. Vomissements fréquents. Morte le 8 novembre.

Autopsie : Les deux ovaires sont transformés en deux grosses tumeurs lobulées, grisâtres, assez dures. Sur la paroi postérieure du pylore il y a un squirre grand comme 5 marks, qui ne fait pas une forte saillie sous la muqueuse ; celle-ci, en grande partie intacte, est comme cartonnée jusque sur la petite courbure qui est infiltrée. Dans les ganglions rétro-péritonéaux et cervicaux on trouve des métastases du cancer gastrique.

Histologiquement : Tumeur de Krükenberg des ovaires.

KEHRER, *Die phys. u. path. Beziehungen der weibl. sexualorgane zum tractus intestinalis*, Berlin, 1905.

37 ans, réglée à 13 ans, VIIIpare. — Depuis cinq ans, mauvais appétit, pesanteur à l'estomac, renvois. Depuis deux ans augmentation des troubles, la malade ne prend que du lait. Récemment vomissements de masses noirâtres.

Femme cachectique. Ascite libre. Tumeur dure, bosselée, dans la région de l'estomac. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur à gauche, tumeur pédiculée, mobile et très dure. Utérus à droite.

On pense à une tumeur ovarique métastatique de cancer gastrique.

Opération : ovariotomie gauche. Ascite séreuse en grande quantité. Utérus et annexes droits semblent sains.

Morte rapidement avec température à 39°.

Autopsie. Cancer sténosant du pylore, avec ganglions le long de l'aorte. Sur l'ovaire gauche : cancer glandulaire à petits alvéoles. Dans l'ovaire droit on trouva un petit noyau cancéreux superficiel.

SCHLAGENHAUFER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XV.

OBS. 6. — 35 ans. Souffre de dyspnée et de palpitations. Morte avec signes d'asystolie.

Autopsie : Cancer de l'estomac avec métastases dans les deux poumons et les plèvres et sur les deux ovaires : infiltrations des ganglions rétro-péritonéaux.

Les ovaires sont fibreux à la coupe et de couleur grisâtre.

Histologiquement : Estomac : adéno-carcinome avec dégénérescence mucoïde ; les ovaires sont par place envahis et présentent l'aspect des tumeurs de Krükenberg, mais la dégénérescence muqueuse n'y est que peu accentuée.

FRANZ COHN, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1910, t. XXXI.

OBS. 3. — 39 ans. Multipare, souffre depuis longtemps de troubles gastriques ; depuis un mois métrorragies continuelles.

Laparotomie. Ascite claire abondante. Double tumeur ovarique du volume d'une tête d'enfant, mollasses. Castration abdominale subtotale. Gros ganglions le long de la colonne vertébrale. Pas d'autres localisations. Epiploon infiltré ; ne contient pas de métastases appréciables.

Histologiquement. Tumeurs de Krükenberg des ovaires.

On ne put à cause de la graisse trouver le cancer de l'estomac que l'on rechercha au cours de l'opération; pourtant l'auteur pense qu'il existait, d'après la structure de la tumeur des ovaires et aussi à cause de l'envahissement ganglionnaire.

STAUDER, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII.

OBS. 12. — 26 ans. Nullipare. Depuis octobre se plaint de douleurs abdominales et lombaires et de vomissements soit après le repas soit la nuit. Bien réglée jusqu'à ce moment, irrégulièrement depuis.

Examen : Utérus repoussé en avant par une tumeur dure, grosse comme le poing, dépendant des annexes droites; au-dessus tumeur allongée, mobile, reliée par un pédicule aux annexes gauches.

Opération le 28 février 1899. — Un peu d'ascite. Ablation des deux tumeurs, pas de métastases sur le péritoine.

Morte le 3 mars de myocardite.

Autopsie. Cancer ulcéré du pylore. Envahissement des ganglions rétro-péritonéaux. Pleurésie non cancéreuse.

Les ovaires ont conservé leur forme, sont gros comme le poing, mollasses et bosselés, rosés à la coupe, œdématiés.

Histologiquement : Type de Krükenberg.

GLOCKNER, *Arch. f. Gynäk.*, 1904, t. LXXII.

OBS. 13. — 25 ans. Réglée à 13 ans régulièrement. Dernières règles il y a 3 mois, 2 accouchements, le dernier il y a trois ans. Depuis 3 mois, le ventre grossit, douleurs à la miction et dans le bas-ventre. Appétit très bon, pas de vomissements; amaigrissement. Ventre augmenté par une tumeur dure allant vers la gauche presque jusqu'aux côtes et repoussant le cul-de-sac postérieur du vagin; on ne peut délimiter l'utérus. On pense à un myosarcome de l'utérus.

Opération le 26 novembre 1902. — Deux à trois litres d'ascite

jaune clair. Ablation des deux tumeurs ovariques : la droite, plus grosse qu'une tête d'adulte, adhère à l'intestin et au mésentère; la gauche, grosse comme le poing, est mobile. Utérus normal. Au pylore tumeur grosse comme un œuf de pigeon que l'on considère comme inopérable à cause de l'envahissement des ganglions voisins et le long de la colonne vertébrale.

Après l'opération, vomissements et douleurs dans la région de l'estomac.

Morte le 29 avril 1903.

Examen des pièces. Tumeurs à surface irrégulière, brillante, vascularisée, mollasse, blanches et œdématiées à la coupe.

Histologiquement : Tissu coujonctif assez abondant (myxomateux) avec cellules épithéliales d'aspect vacuolaire, tendant à la dégénérescence muqueuse, par place adénocarcinome à cellules cylindriques ou cubiques.

PAPAÏOANNOU, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1904, t. XX.

OBS. 2. — 29 ans. Opérée un an auparavant de pylorectomie pour cancer. Depuis 6 mois mal réglée. Dernières règles il y a deux mois. Violentes douleurs abdominales depuis quelques jours. Température entre 38,5 et 39,5.

Cœliotomie à l'anesthésie locale : Ascite claire. Ablation de deux tumeurs, la gauche grosse comme une tête d'adulte, la droite plus petite, non adhérente. Péritoine sain. Ganglions augmentés. Pas de récidive au niveau de l'estomac, sauf un gros ganglion. Guérison.

Examen des pièces. Tumeur assez molle, bleuâtre, composée de plusieurs lobes plus ou moins durs. A la coupe coloration jaunâtre avec quelques zones d'hémorragies.

Histologiquement. Tissu conjonctif d'aspect sarcomateux avec amas de cellules épithéliales avec parfois disposition glandulaire, et souvent cellules présentant un aspect de dégénérescence muqueuse et la forme en bague.

Bret et Paviot, *Rev. de Médecine de Paris*, t. XIV, 1894.

Obs. 2. — 43 ans. Réglée à 14 ans régulièrement sauf depuis cette année. Souffre de l'estomac depuis quatre ans : crampes et douleurs durant 1 heure ou 1 heure et demie et calmées par les aliments ou les vomissements. Depuis cinq mois dégoût de la viande, vomissements persistants. Amaigrissement : en 1892 on trouve une tumeur allongée dans la région du pylore. Vomissements donnant acidité totale insignifiante.

Entrée le 6 avril 1893 parce que le ventre grossit et que la diarrhée s'installe depuis deux mois. Femme très amaigrie, vomissant tous les jours une heure après les repas. Ascite, tumeur multilobée perceptible au-dessus du pubis. Douleur au creux épigastrique. Après ponction de 5 litres d'ascite on reconnaît une tumeur indépendante de l'utérus, sortant du bassin dans la position génu-pectorale et comme formée d'une grappe de petites tumeurs dont l'ensemble donne le volume d'une tête de fœtus à terme.

Morte le 27 avril 1893.

Autopsie : Ascite s'est reproduite (6 à 8 litres). Estomac n'a pas un calibre supérieur à celui du côlon transverse et toutes ses tuniques sont extrêmement épaissies même à l'œil nu. Linite plastique.

Ovaires : deux tumeurs mamelonnées, dures, lisses, brillantes et rosées. La droite a le volume d'un point d'adulte, la gauche plus petite : quelques parties ramollies ou kystiques.

Quelques ganglions prévertébraux.

Histologiquement : Ovaires : Tissu fibroïde à noyaux fusiformes et espaces allongés contenant une substance colloïde formée de cellules à noyau colorable mais à protoplasme très peu visible. A la périphérie, cellules à noyau rond d'aspect nettement épithélial et groupées parfois en alvéoles : aspect épithélioïde très remarquable.

Cette observation est très intéressante, car les auteurs n'insistent pas sur les tumeurs ovariques qui ont l'as-

pect tout à fait typique des tumeurs secondaires et histologiquement ressemblent fort au type de Krükenberg, décrit plusieurs années après cette publication.

GLOCKNER, *Arch. f. Gynäk.*, 1904, t. LXXII.

OBS. 12.— 37 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement; 3 accouchements. Dernières règles il y a quelques jours. Depuis 2 mois elle remarque que son ventre grossit et beaucoup plus rapidement depuis les dernières semaines. Peu de douleurs, appétit conservé.

Tumeur abominable du volume d'un utérus à terme.

Opération : Un peu d'ascite claire. Tumeur lisse non adhérente dépendant de l'ovaire droit (ablation) puis extirpation de l'ovaire gauche gros comme un œuf de poule. Utérus normal.

Sur le pylore tumeur grosse comme une noix envahissant la partie antéro-inférieure ; à ce niveau le péritoine est épaissi. On pense à un cancer et on fait une pylorectomie avec gastro-jéjunostomie. Pas de ganglions périgastriques ni périportaux. Guérison.

Trois mois après l'opération, pas de récidive. Bon état. Morte au commencement de mai 1903 (11 mois après l'opération) avec paraplegie symptomatique de cancer vertébral métastatique.

Examen des pièces : L'ovaire droit pèse 2 kg. 500, sa surface est brillante, mollasse ; à la coupe il y a un kyste et le reste de la tumeur est solide, grisâtre, rappelle le fibrome œdémateux. Ovaire gauche analogue.

Squirre gastrique. Tumeurs de Krükenberg typique des ovaires.

GLOCKNER, *loco citato.*

OBS. 11. — 48 ans. Réglée à 18 ans. Dernières règles il y a un mois. Un accouchement il y a 25 ans. Depuis 3 ans douleurs à la miction, depuis un an le ventre grossit. Depuis 3 mois, métrorragies.

Femme pâle, maigre. Abdomen augmenté par 2 tumeurs solides bosselées qui atteignent l'ombilic. On pense à un fibrome utérin.

Opération le 5 décembre 1901. Pas d'ascite. Il y a une très grosse tumeur utérine puis une seconde, moitié moins grosse (tête d'enfant) appartenant à l'ovaire gauche. Hystérectomie sus-vaginale. On voit alors dans le fond que l'ovaire droit est transformé en une tumeur grosse comme le poing avec un petit kyste. Ablation. Guérison.

Revue le 25 novembre 1902, avec troubles gastriques : vomissements, perte d'appétit, amaigrissement, la malade a remarqué une « place dure » dans son ventre : on palpe dans la région de l'estomac une tumeur dure grosse comme un petit œuf, assez mobile. Par le toucher vaginal et rectal on sent tout le bassin rempli par une tumeur peu mobile dépassant de 4 travers de doigt la symphyse. Pas d'ascite. Pleurésie gauche. Morte le 5 novembre 1902.

Histologiquement : Myome utérin. Tumeur de Krükenberg des ovaires ressemblant par endroits à un endothéliome.

J. A. Amann, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, t. XXIV, p. 397.

Obs. 4. — 42 ans.— Vpare ; dernier accouchement il y a 5 ans. Depuis 5 mois, douleurs dans la région de l'estomac et quelques vomissements. Il y a environ un mois, la malade a remarqué dans son ventre quelque chose de dur qui a grossi rapidement. Amaigrissement. A l'examen, tumeur allant presque jusqu'à l'ombilic, et accessible à gauche par le toucher, utérus antéfléchi. Ascite.

Suc gastrique. Pas d'HCl. Traces d'acide lactique. Pas de tumeur perceptible au niveau de l'estomac. On fit le diagnostic du cancer primitif de l'estomac et secondaire des ovaires.

Opération : Tumeurs des 2 ovaires, élastiques, non adhérentes, grosses à droite comme une tête d'enfant ; à gauche, comme le poing. Ablation. Sur le pylore on trouve une tumeur grosse comme une prune, en y invaginant l'estomac on constate une sténose pylorique. Quelques gros ganglions rétro-gastriques.

Péritoine sain. Quelques semaines plus tard : résection de l'estomac. Bon résultat.

Microscopiquement : Estomac : Cancer ayant envahi jusqu'à la

séreuse par des prolongements très fins, alors que la séreuse est macroscopiquement intacte.

Ovaires : Tumeurs de Krükenberg, adéno-cancer avec parties kystiques, parties fibreuses et cellules en bagues.

SCHLAGENHAUFER, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XV.

OBS. 8. — 27 ans. Ventre grossit depuis 5 semaines ; la malade se croyait enceinte. Pas de douleurs gastriques, grosse tumeur venant du petit bassin indépendante de l'utérus. Gros ganglions inguinaux. Depuis quelques jours vomissements.

Laparotomie : 6 à 7 litres d'ascite claire. Ablation de 2 tumeurs ovariques : lisses, fibreuses, grosses à gauche comme une tête d'adulte, à droite plus petite.

A la coupe tumeurs de coloration blanche contenant chacune un kyste à contenu séreux et à paroi lisse.

Dans la suite : Vomissements continuent; morte au bout de 12 jours.

Autopsie : Estomac un peu dilaté présente une tumeur ulcérée au niveau du pylore dont le fond est formé par le pancréas.

Histologiquement : Estomac : adénocarcinome avec dégénérescence myxomateuse. Ovaires : infiltration œdémateuse, tissu fibreux à larges mailles contenant des cellules épithéliales ayant parfois subi la dégénérescence muqueuse (aspect de Krükenberg.)

ENGELHORN, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI.

OBS. 7. — Entrée le 10 fév. 1903. Pas de maladies antérieures, 6 accouchements spontanés. Bien réglée jusqu'à il y a 5 semaines : depuis, hémorragies abondantes, irrégulières et douleurs abdominales surtout à droite. Douleurs lombaires. Augmentation du ventre. Femme maigre, anémique. Abdomen augmenté par une tumeur atteignant le bord des côtes : surface lisse, fluctuante, repoussant l'utérus en avant.

Le 23 février 1903 : Laparotomie : Un peu d'ascite jaune clair. A droite, tumeur kystique grosse comme une tête d'adulte ; à gauche,

tumeur plus petite ; extirpation. Sur la petite courbure de l'estomac on trouve une infiltration large comme 5 marks atteignant la séreuse et reposant sur une tumeur qui rétrécit considérablement le calibre de l'estomac ; quelques ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique. Large gastrectomie.

Guérison jusqu'en juillet, puis vomissements, diarrhée, douleurs. Morte au bout de 7 mois.

Examen microscopique : Cancer à cellules cubiques intéressant toutes les tuniques de l'estomac sous forme d'amas ou de boyaux ; métastases cancéreuses non douteuses pour l'ovaire : cellules identiques.

Pas d'autres métastases.

SCHENK, *Prager mediz. Wochenschrift*, 1907, p. 36.

40 ans. IIIpare. Réglée à 14 ans. Dernières règles peu abondantes il y a 3 semaines. Depuis un mois, elle a remarqué une grosseur dans le côté droit du ventre mais sans douleur. Depuis 8 mois, troubles gastriques.

Tumeur allant jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic, bosselée, assez mobile, repousse l'utérus en avant.

Opération : Ovariotomie double. Ovaire droit gros comme une tête d'enfant, ovaire gauche beaucoup plus petit. On trouve sur le pylore une tumeur un peu moins grosse que le poing qu'on diagnostique cancer et on fait la gastrectomie. Guérison.

Histologiquement : Estomac : Adénocarcinome squirrheux.

Ovaire : Cancer gélatineux secondaire ; même aspect que sur l'estomac, mais dégénérescence muqueuse plus accentuée.

Suites : 8 mois plus tard, nouvelles douleurs et morte 2 mois après.

STICKEL, *Arch. f. Gynäk.*, t. LXXIX, 1906.

OBS. 3. — 56 ans. Ascite et fièvre qui font penser à une péritonite tuberculeuse.

Autopsie. 3 litres d'ascite. *L'aspect des ovaires fait penser à un cancer de l'estomac que l'on trouve :* pas de lésion du péritoine.

L'estomac est infiltré d'une façon diffuse, cartonné et plus petit que normalement. Il s'agit d'un cancer plan du type adénomateux. Nombreux ganglions le long de la petite courbure. Ovaire droit très dur, un peu gros, grisâtre; petit semis sur les trompes; cellules néoplasiques polymorphes dans les mailles du tissu conjonctif; l'origine glandulaire des cellules se voit à leur tendance à la dégénérescence muqueuse et aux formes en bagues.

Envahissement probablement par implantation directe.

STICKEL, *Eodem loco.*

OBS. 7. — 36 ans. Hématémèse en janvier 1901. Opérée de pylorectomie pour cancer le 11 septembre 1901. On trouve quelques noyaux dans le petit épiploon à ce moment.

Guérison jusqu'en avril 1904, puis le ventre grossit. Le 27 mai 1904 on lui enlève deux tumeurs ovariques. Guérison.

Histologiquement : Estomac : Cancer à petites cellules ayant subi souvent la dégénérescence muqueuse : infiltration de la sous-muqueuse et de la musculeuse.

Ovaires : Cystoadénocarcinome : On y trouve des cellules de même forme que sur l'estomac avec parfois quelques gouttes de mucus.

WAGNER, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1906, n° 26.

32 ans. Accouchée pour la cinquième fois il y a 11 mois. Troubles gastriques et vomissements typiques de sténose gastrique. Ventre gros. Ascite. Dans le bassin à droite : tumeur grosse comme un œuf d'autruche, à gauche comme le poing, toutes deux ballotent dans l'ascite. Examen de suc gastrique donne absence d'acide lactique et d'acide chlorhydrique. On fit le diagnostic du cancer de l'estomac et tumeurs métastasiques des ovaires.

Opération : Ablation de tumeurs ovariques. Du côté de l'estomac : cancer du pylore avec infiltration de l'épiploon. Guérison.

Histologiquement : Tumeurs de Krükenberg typiques.

STAUDER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII.

OBS. 8. — 37 ans. Nullipare. Bien réglée jusqu'en septembre 1892. Considérée depuis longtemps comme une nerveuse (dyspnée, douleurs gastriques, céphalée, crampes). Depuis quelques mois douleurs abdominales plus fortes surtout après les repas. Le 4 novembre 1892, a eu une douleur violente et brusque dans le ventre, qui depuis augmente. Puis douleurs apparaissant régulièrement après chaque repas et suivies de vomissements. Le matin, vomissements muqueux et bilieux. Depuis quelque temps œdème des membres inférieurs.

Examen le 19 janvier 1893. Femme pâle, ventre gros. Ascite, 2 tumeurs qui y ballottent, assez dures, grosses comme une tête d'enfant. Au toucher vaginal, utérus repoussé en avant et à droite par une tumeur dure et bosselée; par le toucher rectal on sent deux tumeurs nettement séparées de l'utérus.

On pense à 2 kystes malins des ovaires.

Opération le 23 janvier 1893. — 7 litres d'ascite claire. Ablation des 2 tumeurs assez dures, non kystiques, la droite profondément dans le Douglas, la gauche plus volumineuse (tête d'enfant).

Tout l'épiploon est transformé en une masse dure.

Guérison opératoire, mais vomissement et affaiblissement continuent; le 2 mars, vomit davantage : mucus mélangé à des matières brunâtres. Morte le 2 avril.

Histologiquement : Les ovaires sont formés de parties carcinomateuses intimement mêlées à du sarcome et à du myxome.

Quoique l'auteur ne parle pas de tumeurs secondaires, les signes gastriques semblent assez nets et les caractères des tumeurs ovariques aussi, pour que l'on puisse ranger cette observation parmi les métastases d'un cancer gastrique. L'envahissement de l'épiploon seul est également en faveur de cette hypothèse.

WAGNER, *Wiener klin. Wochensch.*, 15 mai 1902.

69 ans. Arrivée en très mauvais état, ayant depuis trois mois anorexie et vomissements.

Autopsie : Epiploon adhère à la paroi et au fond de l'utérus ; granulations sur le péritoine. Grosse tumeur du pylore, adhérente, ulcérée ; envahissement des ganglions voisins.

Dans le petit bassin 2 tumeurs grosses comme le poing, bosselées, respectant la forme de l'ovaire avec quelques petits kystes. A la coupe, tumeur solide, fibreuse, jaunâtre, œdémateuse.

Diagnostic anatomique : Squirre du pylore. Cancer secondaire de l'épiploon et du péritoine pariétal et viscéral. Tumeurs de Krükenberg des ovaires.

AMANN, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, t. XXIV.

OBS. 2. — 31 ans. Vierge. Depuis trois mois, souffre de l'estomac, maigrit et a des douleurs dans le bas-ventre : traitée pour hystérie. En quelques semaines le ventre augmente rapidement.

Malade cachectique ; ascite abondante. Plusieurs tumeurs bosselées, en particulier une accessible dans le Douglas.

Laparotomie exploratrice : Noyaux sur toute la séreuse, épiploon et Douglas.

Les 2 ovaires sont transformés en tumeurs grosses comme une prune, bosselées.

Ascite considérable. D'après infiltration d'épiploon, on pense à un cancer primitif de l'estomac vérifié quelques semaines plus tard à l'autopsie.

Histologiquement : Tumeurs de Krükenberg.

BUDAY, *Pester mediz. chirurgisch. Presse*, 1900.

55 ans. Morte 9 jours après son entrée avec signes d'apoplexie.

Autopsie : 1 litre et demi d'ascite claire. Sur la paroi antérieure de l'estomac au-dessous du pylore, tumeur ulcérée ayant détruit toutes les tuniques sauf la séreuse. A la coupe, aspect blanchâtre. Sur tout le péritoine, depuis le diaphragme jusqu'au Douglas, granulations blanchâtres.

Ovaires augmentés, le droit gros comme une tête d'enfant : tumeurs lisses, blanches à la coupe avec quelques points jaunes ou roses.

Microscopiquement : Identité de structure sur l'estomac et les ovaires.

MARY A. SCHARLIEB.

OBS. 7. — 40 ans. IIpare. Adénocarcinome des ovaires ; cancer de l'estomac, métastases péritonéales.

MARY A. SCHARLIEB.

OBS. 19. — 32 ans. Adénocarcinome des 2 ovaires remplissant tout l'abdomen avec un peu d'ascite. Tumeurs bosselées, fibreuses. Semis péritonéal.

Probablement secondaire au cancer de l'estomac.

SCHOLZ. *Th. Breslau*, 1886

OBS. I. — 22 ans. Aménorrhée depuis 6 mois, vomissements depuis quelques mois. Bon appétit. Au toucher tumeur solide, bosselée dans le Douglas repoussant l'utérus en avant ; on pense à un fibrome sessile qu'on traite par l'ergotine.

Au bout de quelques jours, douleurs gastriques et vomissements qui font penser à une péritonite.

On fit une ponction de 6200^{cm3} d'ascite claire contenant des cellules vacuolaires épithélioïdes ; l'ascite se reproduisit rapidement.

Morte au bout d'un mois, cachectique ; hydrothorax double et vomissements « marc de café ».

Autopsie : Ascite claire. Epiploon adhérent, mésentère épaissi présente des noyaux plus ou moins volumineux, nombreux noyaux sur le péritoine. Infiltration de l'estomac tout le long de la petite courbure.

Utérus petit. Deux tumeurs ovariques dures avec quelques points kystiques.

Histologiquement : Squirre de l'estomac.

Cancer des ovaires caractérisé par une riche prolifération du tissu conjonctif envahi de nombreuses cellules irrégulières, arrondies ou allongées.

KRAUSS, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XIV.

OBS. 3. — 22 ans. Ovariotomie double pour tumeur maligne. Cancer ulcéré de l'estomac. Métastases péritonéales surtout dans le Douglas.

Ovaire droit, gros comme un œuf d'oie, le gauche un peu plus petit. Deux zones cancéreuses, une superficielle et une centrale, à la coupe des ovaires.

La description des éléments néoplasiques est celle d'une tumeur de Krükenberg (quoique l'auteur ne le dise pas) : dégénérescence muqueuse des cellules très accentuée. Il insiste sur la localisation allant de la surface vers le centre de l'ovaire, les éléments les plus jeunes étant au centre.

SCHLAGENHAUFER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XV.

OBS. 2. — 37 ans. Souffre depuis 6 semaines de violentes douleurs abdominales avec vomissements et diarrhée. Fièvre, dyspnée. Météorisme. On pense à une péritonite tuberculeuse. Morte au bout d'un mois.

Autopsie ; Infiltration cancéreuse de l'estomac et du péritoine : double tumeur ovarique, ascite séreuse.

Histologiquement : même structure que dans Obs. 1 ; sauf envahissement beaucoup plus intense des ovaires.

SOULIGOUX ET DESCHAMPS, *Soc. anat.*, 19 avril 1901.

36 ans. Ayant depuis 6 mois ascite avec cachexie ; ponction, reproduction rapide.

Opération le 6 avril 1901. Ascite couleur petit lait. Péritoine infiltré, induré, recouvert d'exsudat et de granulations blanchâtres, ablation d'une tumeur pédiculée de l'ovaire droit, grosse comme deux poings ; ovaire gauche dur, bosselé, augmenté de volume est

aussi enlevé. Suites d'abord normales ; puis mort subite le 5e jour.

Autopsie : masse néoplasique au niveau de la grande courbure de l'estomac ; généralisation cancéreuse.

Histologiquement : tumeurs ovariennes : épithélioma cylindrique ; donc la tumeur gastrique passée inaperçue était primitive.

GLOCKNER, *Arch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. LXXII.

OBS. 13 *bis* (en note). — 48 ans. Ascite considérable. Vomissements abondants.

Au cours de l'opération on trouve 2 tumeurs ovariques grosses comme le poing, qu'on enlève. L'épiploon est infiltré.

Morte de cachexie 3 semaines plus tard.

Autopsie : Cancer ulcéré du pylore avec métastases sur l'épiploon et jusqu'au Douglas.

Ovaires : type de Krükenberg.

GLOCKNER, *Eodem loco.*

OBS. 15. — 53 ans. Autopsie.

Cancer greffé sur un ulcère de la grande courbure. Ascite (1 litre). Envahissement de tout le péritoine et de l'épiploon et des 2 ovaires.

Microsc. Ovaires : cellules cancéreuses infiltrant le stroma d'une façon diffuse : cellules épithéliales les unes semblables à celles de l'estomac, les autres ayant subi la dégénérescence muqueuse et prenant des formes en bagues ou en anneau.

GLOCKNER, *Eodem loco.*

OBS. 14. — 30 ans. Morte avec des signes de cancer gastrique et cachexie rapide. 3 jours avant la mort accouchement spontané de 6 ou 7 mois : enfant mort.

Autopsie : Ulcère cancérisé du pylore. Cancer du péritoine et de l'épiploon et du mésentère. Hydronéphrose double. Pneumonie lobaire droite.

Ascite très abondante. Côlon transverse adhérent à l'estomac et rétréci par infiltration. Cancer du pylore ayant détruit toutes les tuniques jusqu'à la séreuse. Les ovaires sont gros comme des œufs de poule avec quelques nodules saillants à la surface : à la coupe, assez homogènes, mollasses et blanchâtres.

Histologiquement : cancer à tendance à dégénérescence muqueuse de l'estomac. Sur les ovaires structure tout à fait semblable : cellules en dégénérescence muqueuse sous forme alvéolaire ou adéno-cancéreuse.

L'auteur dit que la propagation s'est faite par l'épiploon par continuité lymphatique et par voie d'implantation directe. Dans l'utérus puerpéral il y avait des métastases qui doivent s'être propagées depuis les ovaires par voie lymphatique rétrograde.

SCHLAGENHAUFER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XV.

OBS. 5. (cas de Wertheim). — 20 ans. Très bien portante jusqu'à il y a 1 an et demi où elle eut des vomissements et maigrit rapidement de 26 kilogrammes. Dans ces derniers temps s'ajoute augmentation du volume du ventre. Appétit conservé. Pas d'hématémèse. Alternatives de diarrhée et de constipation. Réglée à 16 ans, aménorrhée depuis 13 mois,

A l'examen estomac dilaté. Ascite. On fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse d'origine annexielle avec peut-être tumeur du pylore.

1re *opération*. On évacue beaucoup d'ascite jaune clair. On sent sur le pylore une tumeur grosse comme un poing d'enfant, allongée, assez mobile. Nombreuses métastases sur tout le péritoine. Les 2 ovaires sont gros, le droit gros comme un œuf : ablation.

2e *opération*. 8 jours plus tard : gastro-entérostomie. Amélioration. Augmentation de 12 kilogrammes et demi. Sortie au bout de 3 mois.

Histologiquement : Ovaires durs, œdémateux. Ovaires sains par places ; en d'autres endroits tissu conjonctif avec cellules épithéliales arrondies et noyau rejeté vers la périphérie ; en certains points dégénérescence muqueuse.

(L'auteur dit plus loin que c'est l'aspect de tumeurs de Krükenberg.)

SCHLAGENHAUFER, *Eodem loco.*

OBS. 7 (cas de Torggler). — 24 ans. Aménorrhée depui 13 mois. Augmentation du ventre. Vomissements. Au toucher, 2 tumeurs volumineuses mobiles dans le petit bassin.

Laparotomie. Castration supravaginale. 1 litre et demi d'ascite séreuse. Infiltration du péritoine. Guérison opératoire ; puis vomissements, hématémèse, ascite. On pense à un cancer d'estomac. Morte au bout de 3 mois.

Autopsie : Ascite. Estomac en sablier ; près du pylore perforation dont le fond est formé par le pancréas.

Histologiquement : Estomac : adénocarcinome myxomateux.

Ovaires : Nombreuses cellules épithéliales cylindriques avec dégénérescence mucoïde formant des cavités kystiques.

ROTHENBERG, *Thèse Heidelberg*, 1893.

OBS. 10. — 53 ans, Xpare. Depuis un mois pertes de sang ; ventre grossit depuis 6 semaines sans douleur, sauf renvois, nausées, pesanteur dans le bas ventre.

Tumeur dure, mobile, atteignant à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération : Ascite jaune trouble. Nombreux noyaux péritéonaux et épiploïques. Ablation de 2 tumeurs ovariques (la gauche la plus volumineuse) à pédicule tordu. Sur la paroi antérieure de l'estomac, large infiltration dure.

Ovaire gauche pèse 1.390 grammes, le droit 330 grammes, tumeurs dures, avec quelques kystes et dont les parties principales sont formées de tissu myxomateux.

Microscopiquement : cancer gélatineux des ovaires.

Morte 2 mois plus tard de métastases cancéreuses dans le mésentère et l'estomac.

OZENNE, *Société anatomique*, 23 avril 1880.

Cancer latent de l'estomac avec perforation. Cancer des ovaires. Pas d'autres lésions d'organes sauf un noyau dans le Douglas.

51 ans, 6 grossesses normales. Entre le 3 avril 1880 pour douleurs abdominales et tumeurs. Manque d'appétit. Amaigrissement.

Examen : Abdomen volumineux. Présence d'une tumeur dure, bosselée, mobile, non douloureuse et qui fait saillie dans le Douglas. Ascite, œdème des membres inférieurs.

Ponction de 8 litres d'ascite. Mort le 3e jour.

Autopsie. Grosse tumeur de l'ovaire gauche (13 livres), dure avec parties kystiques; à la coupe tissu blanc jaunâtre ; même structure sur l'ovaire droit, mais tumeur plus petite (300 grammes). Au niveau du pylore, tumeur grosse comme un œuf, adhérente et ulcérée (perforation comme une pièce de 50 centimes), l'estomac contient du liquide noirâtre. Pas de lésion d'autres organes sauf noyau dans le Douglas.

Examen histologique : « Les 2 tumeurs étaient du cancer caractérisé par des alvéoles nombreux et petits, remplis de cellules de toutes formes et limités par d'épais tractus. »

BORRMANN, *Das Wachstum... des Magencarcinoms*, Jena 1901.

OBS. 36. — 49 ans, opérée le 15 novembre 1898 de cancer du pylore (Gallertkrebs). Un an et 9 mois plus tard, extirpation des 2 ovaires (Gallertkrebs de l'ovaire droit).

Pas d'autres localisations.

En janvier 1901, on constate une tumeur grosse comme le poing dans le foie (métastase ?).

BORRMANN, *Eodem loco*.

43 ans, opérée pour cancer de l'estomac le 29 novembre 1897 (Gallertkrebs) ; guérison. Le 21 juin 1900, (2 ans 3 quarts plus tard),

ovariotomie double pour cancer (Gallertkrebs à cellules cylindriques). Pas d'autres localisations. Bien portante en décembre 1900. Mais le 1er février 1901 ictère (métastase ?)

HEINE, Thèse *Erlangen*, 1894.

OBS. 2. — 43 ans. Entrée le 20 septembre 1888. 6 accouchements. Réglée à 17 ans irrégulièrement. Dernières règles en avril 1888. Se plaint depuis 2 mois de douleurs dans le ventre, pesanteur dans la région ombilicale et à gauche. De fin avril à mi juin quelques hémorragies qui sont arrêtées. Douleurs augmentent et s'étendent à tout l'abdomen, qui est sensible à la pression. Anorexie Affaiblissement. Fatigue. Insomnie. Ventre augmenté, ascite, estomac dilaté. Tumeur qui ballote à droite.

Après ponction d'ascite claire, on sent deux tumeurs mobiles, de chaque côté de l'utérus.

Diagnostic : Cancer des ovaires.

Opération le 23 septembre. Ascite s'est reproduite rapidement Tumeur droite en partie kystique non adhérente : carcinome ; de même à gauche.

Pas de métastases péritonéales visibles.

Sortie le 12 octobre.

Morte le 8 décembre de cancer de l'estomac.

FRANZ COHN, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXI, 1910.

OBS. 2. — 36 ans. 4 accouchements. Traitée depuis 4 mois pour des vomissements. Depuis 14 jours ventre grossit. Douleurs vives.

Laparotomie. Pas d'ascite. 2 tumeurs ovariques solides : la gauche grosse comme une tête d'adulte, la droite le double. Ablation. Étant donné état de la malade, on ne va pas voir dans la région de l'estomac, mais il n'y a pas de métastase dans les régions visibles du ventre.

Dans la suite on put palper une tumeur de l'estomac évoluant rapidement sans symptômes.

2e Laparotomie. Gastro-entérostomie ; cancer inopérable de la petite courbure.

Histologiquement : Ovaires : Type de Krükenberg.

RUBESKA, d'après SCHLAGENHAUFER

47 ans. Cancer de l'estomac. Cystoadénocarcinome de l'ovaire droit ; envahissement des ganglions rétropéritonéaux et sus-claviculaire, péritonite cancéreuse.

RUBESKA, *Eodem loco.*

50 ans. Squirre de l'estomac. Cystoadénocarcinome des deux ovaires ; métastases dans les ganglions portes ; péritonite cancéreuse.

RUBESKA, *Eodem loco.*

45 ans. Fibro-cancer du pylore. Cystoadénocarcinome des deux ovaires : métastases dans les ganglions mésentériques et le péritoine.

KRAUSS, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XIV.

OBS. I. — 67 ans. Cancer muqueux du pylore avec infiltration de la grande courbure. Métastases dans l'épiploon, le Douglas, les ganglions mésentériques, l'utérus et les deux ovaires.

On trouve sur les tumeurs ovariques des cellules muqueuses néoplasiques semblables à celles de l'estomac ; elles sont surtout localisées à la surface de l'ovaire : en faveur de la métastase par greffe.

SCHLAGENHAUFER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XV.

OBS. I. — 31 ans. IIIpare. Malade depuis 3 ans. Métrorragies et douleurs abdominales depuis 6 mois. OEdème considérable des membres inférieurs.

Pas de fièvre, pas d'albumine.

Dans le ventre deux tumeurs très dures non douloureuses qui semblent dépendre de l'utérus qui est mobile. Vomissements ; anorexie, amaigrissement. Morte au bout de deux mois.

Autopsie. Ascite hémorragique, cancer infiltré de l'estomac. Métastases péritonéales et ganglionnaires. Les deux ovaires sont gros, et à la coupe sont durs et blancs.

Histologie : Epaississement de la paroi gastrique et surtout de la sous-muqueuse et de la musculeuse, infiltration diffuse de cellules néoplasiques arrondies à protoplasme granuleux et très vacuolaires.

Les deux ovaires ont même structure : infiltration de petites cellules épithéliales s'insinuant dans un stroma conjonctif faisant penser soit à un endothéliome, soit à un sarcome, soit à un sarcome endothélial.

Omori, *Th. Wurzburg*, 1904.

35 ans. Réglée à 16 ans, régulièrement; 5 grossesses dont une gémellaire. Pas de règles depuis quatre mois et violentes douleurs abdominales.

Deux tumeurs ovariques, la droite grosse comme une petite tête d'enfant, la gauche, plus petite.

Opération : Un peu d'ascite hémorragique. Péritoine infiltré, épaissi. Ovariotomie double, tumeurs très adhérentes.

Les deux ovaires sont lisses, blanchâtres; tissu très œdématié, presque fluctuant. Quelques kystes : aspect de fibro-sarcome.

Morte au bout de 15 jours de myocardite.

Autopsie. Noyaux sur le péritoine, l'épiploon, et envahissement des ganglions rétrogastriques et péri-portaux, et aussi des ganglions du médiastin et iliaques. Sur le pylore : tumeur dure.

Cancer du pylore avec même structure sur les ovaires et dégénérescence muqueuse très marquée.

Glockner, *Arch. f. Gynäk.*, t. LXXII, 1904.

Obs. 10. — 56 ans. Réglée à 17 ans. Ménopause il y a 9 ans. Quatre accouchements. Depuis quelques mois métrorragies peu abondantes, augmentation de volume du ventre, troubles de la miction. Appétit assez bon, pas d'amaigrissement.

Tumeur bosselée bien mobile dont on ne peut différencier l'utérus. Ascite (?).

Opération le 16 mai 1901. Ascite libre en assez grande quantité; deux tumeurs des ovaires grosses comme une tête d'enfant, mobiles, qu'on enlève. Dans la région du pylore, tumeur grosse comme un œuf de poule. Noyaux dans l'épiploon, le mésentère, gros ganglions le long de l'aorte.

Morte le 18 novembe 1901 avec des signes de cancer de l'estomac.

Cancer gélatineux des ovaires : tissu conjonctif recouvert de cellules cylindriques ou cubiques, avec protoplasme granuleux et à noyau clair. Le fait caractéristique est la présence de nombreuses cavités contenant des masses muqueuses qui proviennent de la dégénérescence des cellules, très nette en certains points.

C'est sans doute, dit l'auteur, un cancer secondaire à un cancer de l'estomac, car le cancer gélatineux très rare sur l'ovaire et très fréquent sur l'estomac.

LAMPARTER, *Th. Tübingen*, 1901.

OBS. 2. — 42 ans. Depuis 3 mois souffre du côté droit du ventre et davantage depuis un mois ; puis affaiblissement et vomissements. A été ponctionnée récemment (2 litres et demi d'ascite verdâtre).

A son arrivée, femme très amaigrie, ventre très gros. Ascite libre, on sent une tumeur dans la région iléocœcale.

Laparotomie : Noyaux blanchâtres gros comme des lentilles sur tout le péritoine. Au niveau du ligament large droit tumeur grosse comme une tête d'enfant. Morte après 48 heures.

Autopsie : Ascite. Epiploon rempli de petites tumeurs. Au niveau du pylore tumeur grosse comme une petite pomme, faisant adhérer foie et côlon à l'estomac. Semis sur le foie, le mésentère et tout le péritoine, envahissement de ganglions rétropéritonéaux.

Carcinome simplex de l'ovaire gauche. Carcinome simplex du pylore.

L'auteur pense que ces 2 cancers ayant même structure, il s'agit sans doute d'une métastase du cancer gastrique, par voie sanguine.

RATHERT, *Thèse Greifswald.*, 1901.

OBS. 1. — 37 ans. Bien réglée. Pas de grossesse. Dernières règles il y a 15 jours. Depuis quelque temps pertes et douleurs lombaires. Depuis 14 jours, vomissements et douleurs gastriques. Mauvais appétit. Amaigrissement.

Ventre augmenté. Ascite libre. A gauche tumeur bosselée, dure, mobile, grosse comme le poing. Utérus dévié à droite ; en arrière et à droite de lui résistance. Ecoulement sanguin abondant.

Opération. Grande quantité d'ascite. Ablation des 2 tumeurs ovariques. 2 jours plus tard, signes d'occlusion : laparotomie, déchirure de l'intestin. Résection. Morte une heure plus tard.

Autopsie : Péritonite séro-fibrineuse. Nombreuses granulations sur l'épiploon, le Douglas et tout le péritoine, envahissement des lymphatiques dans la région de l'estomac. Sur l'estomac cancer plan ou squirre.

Ovaires : tumeurs solides avec un kyste sur la tumeur gauche. Prolifération conjonctive intense, infiltrée de cellules cubiques très colorées, avec quelquefois dégénérescence muqueuse, très semblables aux éléments trouvés sur l'estomac.

TIBURTIUS, *Thèse Königsberg*, 1899.

OBS. 1. — 43 ans. Bien réglée jusqu'à il y a 2 mois. 5 accouchements normaux, le dernier il y a 6 ans. Depuis 2 mois métrorragies. Pas de douleurs. Depuis 3 mois elle a vu son ventre grossir rapidement.

Femme en mauvais état. Abdomen volumineux contenant une tumeur bosselée allant de droite à gauche vers l'ombilic. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin on sent une tumeur grosse une tête d'enfant qu'on ne peut repousser. Ascite.

Laparotomie : 1 litre d'ascite jaune clair. Ablation de 2 tumeurs ovariques. Nombreux noyaux sur le péritoine.

Morte au bout de 8 jours avec fièvre et délire.

Autopsie : Péritonite. Cancer du pylore infiltrant en partie les parois de l'estomac. Cancer du péritoine et envahissement des ganglions de la petite courbure.

Histologiquement. Estomac : Epithéliome cylindrique à forme glandulaire.

Ovaires : Blancs à la coupe. Stroma conjonctif sarcomateux contenant d'innombrables cellules semblables à celles de l'estomac, groupées en forme de glandes et parfois dégénérescence muqueuse avec l'aspect de cellules en bagues.

TIBURTIUS, *Eodem loco.*

OBS. 2. — 48 ans. Bien réglée jusqu'à il y a 2 ans ; alors irrégulièrement, plus ou moins abondamment ; depuis quelques mois ventre grossit sans douleur. Affaiblissement.

Tumeur médiane plus grosse qu'une tête d'adulte. Surface irrégulière et quelques points ramollis, repoussant utérus vers la droite.

Ovariotomie double. Morte après quelques jours.

Autopsie : Semis miliaire sur tout le péritoine. Infiltration de la paroi gastrique, près de la petite courbure ; noyaux dans le mésentère et les ganglions préaortiques. Fibrome utérin.

Histologiquement : Ovaires ont tout à fait la même structure que dans l'obs. 1 et l'auteur conclut à des tumeurs secondaires au cancer d'estomac malgré l'absence d'examen histologique de l'estomac dans le 2e cas.

ENGELHORN, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI.

OBS. 8. — 17 ans. Réglée à 14 ans. Non réglée depuis 9 mois ; depuis peu de temps souffre du ventre, qui grossit, et elle maigrit.

Examen : Abdomen gros, fluctuant. Tumeur allant jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic et qui semble dépendre des annexes droites.

Opération : Ascite abondante légèrement sanguinolente. Ova-

riotomie droite. Infiltration des ganglions, du mésentère et de l'épiploon. Palper de l'estomac permet d'y rencontrer un cancer certain.

Dans la suite vomissements journaliers, meurt chez elle au bout d'un mois.

La structure de l'ovaire est celle d'une tumeur de Krukenberg ; pourtant l'auteur n'affirme pas qu'il s'agisse d'une tumeur secondaire.

BRUNNER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. LXI.

1°. — 28 ans. Vient avec une volumineuse tumeur de l'ovaire et avait subi, trois ans et demi auparavant, une gastro-entérostomie pour cicatrice d'ulcère (c'était probablement un cancer au début).

2°. — 29 ans. Opérée d'un double cancer ovarique. Un an et demi auparavant on lui avait fait une résection du pylore pour cancer.

KNOWSLEY THORNTON, cité par POUPINEL, *Th. de Paris*, 1885-86.

63 ans. Ovariotomie incomplète en août 1879. Tumeur de l'ovaire gauche très adhérente à l'intestin. Morte chez elle au bout de deux mois d'un cancer de l'estomac.

ENGELHORN, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI.

OBS. 1. — 35 ans. Ovariotomie pour double cancer ovarique. Tumeur gastrique inopérable. Epithélioma avec aspect glandulaire de l'ovaire.

OBS. 2. — 39 ans. Cancer alvéolaire des ovaires ; cancer inopérable de l'estomac.

OBS. 3. — 52 ans. Ovariotomie double pour cancer alvéolaire avec formations adénomateuses ; grosse masse cancéreuse de l'estomac inopérable.

OBS. 4. — 45 ans. Ovariotomie double pour cystoadénome papillaire carcinomateux. Cancer du pylore inopérable.

POLAILLON, *Maladies des femmes*, p. 70.

OBS. 263. — 31 ans. Autopsie. Deux tumeurs mi-solides, mi-kystiques des ovaires. Cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage et de la petite courbure.

OBS. 270. — Sarcome de l'ovaire; péritonite à la suite de ponction de l'ascite symptomatique. Mort. Cancer latent de l'estomac (sur le pylore).

LANGLAIS, *Lyon médical*, 1902, t. I, p. 864.

Cancer de l'estomac à marche lente. Ovaire droit paraît atteint de dégénérescence sarcomateuse; l'ovaire gauche un peu augmenté ne paraît pas sain.

HUCHTINSON, *Philad. Med. Times*, 13 avril 1871.

20 ans. Dyspepsie et aménorrhée. Perte d'appétit, vomissements de matières foncées et de sang. Amaigrissement.

8 novembre 1870. Estomac dilaté, sensible à la pression mais pas de tumeur. Aggravation progressive. Vomissements apparaissent surtout au moment des changements de position de la malade pendant la nuit ou le matin.

Morte le 29 décembre : la veille on avait senti dans l'hypocondre droit un noyau comme un ganglion et sur la région médiane au-dessous de l'ombilic une tumeur grosse comme un œuf d'oie.

Autopsie : Estomac très dilaté. Squirre du pylore, tumeur très dure, criant sous le couteau, rétrécissant le pylore. Sang noir dans l'estomac. Ganglions mésentériques augmentés, cancer des poumons et des ganglions

Les deux ovaires sont cancéreux, le droit plus gros que le gauche.

PFANNENSTIEL, *Arch. f. Gynäk*, 1895, t. XLVIII.

OBS. 32. — 58 ans. Augmentation du ventre depuis un an, sans douleurs, amaigrissement. Tumeur arrivant à trois travers de doigt de l'ombilic.

Ovariotomie, puis morte deux mois plus tard de cancer de l'autre côté. Adéno-carcinome papillaire des deux ovaires (papilles intrakystiques seulement), pas d'ascite, pas de lésions péritonéales ; métastases utérines et sur la muqueuse de l'estomac.

MANZONI, *Gazetta med. Lombarda*, 1897.

OBS. 13. — 50 ans, réglée à 17 ans, VIIIpare. Troubles gastriques depuis un an. Depuis deux mois, augmentation rapide du ventre et douleurs. Quelques ganglions inguinaux.

Grosse tumeur qui occupe tout le ventre (comme une grossesse à terme).

Opération : Un peu d'ascite. Ablation de tumeur gauche (2.000 gr.) et d'ovaire droit (365 g.). Suites favorables. Au cours de l'opération on ne trouve rien de suspect au niveau de l'estomac. Cystocarcinome des deux ovaires.

Revient au bout d'un mois parce qu'elle est reprise de vomissements ; on trouve un noyau cancéreux dans la région du pylore.

2e *opération :* Masse comme un œuf de poule, toute la paroi de l'estomac et le mésentère sont parsemés de grains miliaires ; on fait gastro-entérostomie antérieure. Pas de récidive sur la première région opératoire.

Morte de schok.

VON HANSEMANN (cité par FISCHER, DEFOY et LUBARSCH).

Cancer de l'estomac et double cancer des ovaires.

HOFMEIER, *Congrès de Kiel*, 1905.

OBS. 37. — 46 ans. VIIpare. Ventre grossit depuis six semaines.

21 mai 1898. Ovariotomie double : Cancer papillaire kystique ; péritoine rouge, enflammé, ascite. Morte cachectique en avril 1899 : Il y avait plusieurs noyaux cancéreux sur l'estomac, le foie et l'utérus.

OBS. 38. — 44 ans. Décembre 1899. Ventre grossit depuis quelques mois. Ascite.

Ovariotomie double pour adénocarcinome kystique papillaire. Morte en avril 1900.

Après avoir eu une phlébite, fut prise de vomissements et ne put garder aucune nourriture; son médecin constata un cancer.

BOECKEL, *Ann. de gyn. et d'obstétrique*, oct. 1910, p. 604.

Femme de 28 ans, en très bon état, envoyée comme étant atteinte de fibrome de l'utérus.

Opération : Extirpation de deux grosses tumeurs ovariques.

A l'autopsie on est très étonné de trouver un cancer de l'estomac méconnu.

FROMME, *Congrès de Kiel*, 1905.

P. 392. — Malade opérée pour double adénome séreux papillaire et qui mourut 11 mois après, avec des troubles graves du côté de l'estomac.

P. 395. — Sur 17 morts après opération de cancers bilatéraux des ovaires, 4 sont morts de cancer de l'estomac que l'on peut considérer comme primitifs.

P. 396. — Nous avons fait 10 incisions exploratrices pour des cancers des ovaires avec métastases péritonéales et épiploïques et qui dans quelques cas peuvent être considérées comme secondaires à des cancers de l'estomac ou du foie.

POLANO, *Würzburg. Abhandl. aus dem Gesamlgebiet. d. prak. Med.*, 1904, t. IV.

28 ans. Dernier accouchement il y a un an et demi; a nourri 9 mois, bien réglée ensuite pendant 6 mois, et aménorrhée depuis 3 mois. Douleurs gastriques; quelques vomissements. Violentes douleurs hypogastriques. Deux tumeurs des ovaires.

Ovariotomie double, pas d'ascite, pas de métastases.

Suites normales puis vomissements marc de café et on sent tumeur dans la région épigastrique.

2e opération. — Cancer inopérable du pylore, métastase dans le foie et les ganglions voisins. Gastroentérostomie. Guérison. Pas de nouvelles.

L'hématémèse avait fait faire le diagnostic, les troubles gastriques avaient d'abord été rattachés aux tumeurs ovariques.

ENGELHORN, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI.

OBS. 12. — 39 ans. Traitée depuis quelques années pour ulcère d'estomac. Six accouchements normaux; dernières règles il y a six mois. Souffre du ventre et des lombes; pesanteur gastrique. Vomissements.

Examen : Femme maigre : douleur à la pression de l'épigastre; résistance dans la région du pylore; utérus antéfléchi, à droite et à gauche de lui tumeurs dures, grosses comme le poing, mobiles.

On fait le diagnostic de cancer inopérable de l'estomac et tumeur double des ovaires (maligne ?).

ENGELHORN, *Eodem loco.*

OBS. 13. — 55 ans. Deux accouchements normaux. Ménopause depuis sept ans. Depuis trois mois violentes douleurs dans le ventre, qui grossit; amaigrissement.

Examen : Femme maigre. Ascite. Palper très difficile.

Opération : Plusieurs litres d'ascite. Il s'agit d'une tumeur énorme qui remplit tout le bassin et qu'on n'enlève pas; on sent un cancer de l'estomac.

Diagnostic probable : Cancer de l'ovaire. Cancer de l'estomac.

LANELONGUE, *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1898.

Femme de 44 ans qui a depuis un an des douleurs abdominales.

Laparotomie : Ascite considérable; après avoir extirpé un volumineux carcinome de l'ovaire gauche, on enlève une deuxième tumeur fibreuse envahie par du tissu carcinomateux qui était incluse dans le ligament large du côté droit. On constatait ensuite que le pylore était le siège d'une 3e tumeur.

« Ce cas est remarquable par la brusquerie des phénomènes dou-

loureux du début, qui avaient fait soupçonner une appendicite, et par la coexistence de ces trois tumeurs.

HOFMEIER, *Congrès de Kiel*, 1905.

OBS. 9. — 63 ans. Entre le 31 août 1899 pour douleurs de ventre. Cachexie. Ascite.

Ovariotomie droite pour adénocancer kystique de l'ovaire droit assez adhérent; ovaire gauche atrophique. Morte en février 1903 de cancer de l'estomac et de l'intestin.

OBS. 24. — 50 ans. Vpare. Entrée le 30 octobre 1903 parce que son ventre grossit depuis six semaines. Aménorrhée depuis juillet après quelques métrorragies. Tumeur kystique de l'ovaire gauche atteignant à trois travers de doigt de l'ombilic. Ovariotomie double; ovaire droit atrophique, a une petite partie blanchâtre grosse comme un pois. Sur le pylore, tumeur grosse comme le poing. Vomissements de plus en plus fréquents dans la suite. Morte cachectique au bout d'un mois probablement de cancer gastrique.

OBS. 31. — 42 ans. Entrée le 16 novembre 1889. Troubles gastriques très accentués depuis janvier, vomissements, anorexie. Il y a quinze jours augmentation brusque du ventre.

Opération : Cancer des deux ovaires : tumeur droite friable et adhérente; tumeur gauche à petits kystes, non adhérente.

Morte 3 mois plus tard de cancer gastrique.

SCHRADER, *Th. Göttingen*, 1886.

A propos des métastases du cancer de l'estomac.

Parmi les organes du bassin, les modifications les plus importantes concernent les deux ovaires. Dans deux cas on constata des cancers des ovaires, dans un autre un kyste avec fibro-sarcome. Dans un des cas l'ovaire, bosselé, avait un aspect mollasse avec quelques noyaux gélatineux séparés par du tissu fibreux.

KRATZENSTEIN, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. XXXVI.

OBS. 94. — 45 ans. Opérée le 25 août 1891 de cancer des deux ovaires. Morte le 27 août 1891. Ulcère cancérisé de l'estomac perforé, péritonite diffuse.

KRATZENSTEIN, *Eodem loco.*

OBS. 19. — Sarcome de l'ovaire droit avec dégénérescence kystique de l'ovaire gauche.

Opérée le 11 décembre 1886. Pas de métastases péritonéales. On enlève un grand morceau d'épiploon qui est très épaissi près de la grande courbure de l'estomac et renferme des noyaux cancéreux. Morte le 2 juin 1887.

KRATZENSTEIN, *Eodem loco.*

Les observations 14, 16, 20, 24, 29 et 100, que nous ne rapportons pas en détail, concernent des tumeurs malignes des ovaires survenues chez des femmes ayant des troubles gastriques plus ou moins accentuées et il est bien probable qu'il s'agissait de cancer primitif de l'estomac. Mais ces observations datent d'une époque où l'attention n'était pas attirée dans ce sens.

DITTRICH, *Vierteljahrschrift f. prakt. Heilkunde*, 1868, t. I.

Un cas de cancer de l'estomac combiné avec un squirre des deux ovaires donnant deux grosses tumeurs et lésions du péritoine.

COHNHEIM, *Vorlesungen über allg. pathol.*, 1877, t. I.

J'ai eu récemment une occasion d'autopsier une jeune femme de 26 ans morte pendant la puerpéralité chez qui il y avait un petit cancer ulcéré de l'estomac avec de nombreuses métastases hépatiques et dont les deux ovaires étaient transformés en tumeurs cancéreuses plus grosses qu'une tête d'enfant.

KAUFMANN, *Lehrbuch der speziellen path. Anatomie*, Berlin 1909.

41 ans. Cancer de la portion moyenne de l'estomac; les deux ovaires bosselés pesaient seize livres ; l'ovaire droit inclus dans le bassin comprimait l'uretère.

KAUFMANN, *Eodem loco.*

40 ans. Cancer du pylore : opérée trois ans auparavant (gastro-entérostomie) ; ovaires comme dans le cas précédent avec carcinose diffuse du péritoine et de la plèvre. Noyaux dans le foie, et le pancréas.

KOERTE (cité par LERICHE).

Opérée de cancer du pylore le 10 janvier 1902. Morte deux ans après, de tumeurs annexielles avec ascite.

KOERTE, *Eodem loco.*

Opérée d'adéno-carcinome du pylore le 12 janvier 1900. Morte 11 mois après de tumeur maligne des annexes.

POLLOSSON, communication orale à VIOLET, citée par Leriche.

Deux cas de cancer des ovaires secondaires à cancer de l'estomac.

KRÖNLEIN (*Correspond. Schweizer. Aerzte*, 1891, p. 503).

Pylorectomie le 21 juin, 1889. Autopsie, cancer de l'ovaire.

KRÖNLEIN (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1891, p. 503).

Pylorectomie le 9 décembre 1889. Métastase dans le mésentère et les ovaires.

MICKULICZ (cité de LERICHE).

Pylorectomie le 15 septembre 1898 pour cancer colloïde; en mai 1900 opérée pour cancer colloïde de l'ovaire droit.

MICKULICZ, *Eodem loco.*

Cancer de l'estomac avec métastases intestinales, utérines et ovarique.

KAPPELER, *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie*, 1902, t. LXIV.

37 ans. Malade depuis un an et demi. Stase alimentaire. Pas d'HCl, présence d'acide lactique. Pylorectomie pour adéno-cancer le 2 juillet 1892. Ganglions infiltrés dans le grand et le petit épiploon. Un an et demi après, cancer de l'ovaire et du rectum. Le 4 avril 1894, ovariotomie et colostomie iliaque. La malade se remet pendant quatre mois puis meurt cachectique.

TUFFIER, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 9 mars 1898.

Pylorectomie le 3 août 1897. Morte en novembre : les deux ovaires sont le siège de tumeurs cancéreuses du volume du poing.

MICKULICZ, *Archiv. f. klinische Chirurgie*, 1896, t. LI.

Pylorectomie le 31 janvier 1894. Ovariotomie le 31 avril 1895.

QUÉNU, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1901, p. 351.

Dit avoir observé deux cas de tumeurs ovariques secondaires à des cancers de l'estomac.

WALDEYER, *Virchow's Archiv.*, 1867, t. XLI.

Dans un cas, à côté d'un cancer d'estomac, il y avait tumeur des deux ovaires ; traînées de cellules épithéliales au milieu d'un stroma conjonctif assez serré ; par places ces cellules confluent en des masses arrondies irrégulières. Partout il est difficile de différencier une néoplasie épithéliale ou conjonctive.

PONFICK, cité par RÖMER.

Femme opérée de cancer double des ovaires et qui mourut un an après, avec un cancer de l'estomac n'ayant donné aucun signe clinique.

J. A. Amann, *Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. Gyn.*, 1906.

Chez une malade qui avait subi un an auparavant une pylorectomie pour cancer, il trouva une tumeur ovarique remplissant tout l'abdomen, qui avait évolué en quelques mois, assez molle et constituée au microscope par du tissu conjonctif à larges mailles dans lequel on trouvait quelques zones d'épithélium adéno-carcinomateux.

Stauder, *Zeitsch., f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII.

Obs. 14. — Vomissements fréquents depuis 6 semaines. Sarcome mucocellulaire, carcinomatodes des 2 ovaires.

Köster, cité par Schlagenhaufer

23 ans. Ovariotomie pour sarcome des 2 ovaires. Cancer de l'estomac

Kehrer, *Münch. mediz. Wchrft.*, 1903, t. II.

Diagnostic probable : cancer de l'estomac et double cancer des ovaires, confirmé plus tard par l'autopsie.

Kehrer, *Eodem loco.*

Obs. 3. — Souffre de l'estomac depuis 3 ans : crampes, vomissements, affaiblissement, et davantage depuis 6 semaines.

Extirpation d'une tumeur ovarique grosse comme le poing : cancer glandulaire avec nécrose cellulaire. Quelques jours plus tard, douleurs à la déglutition, continuation des douleurs gastriques. Apepsie gastrique. Amaigrissement. Augmentation des ganglions cervicaux. On peut se demander si l'on a affaire à un cancer gastrique avec métastases ganglionnaires, ou (ce qui est plus vraisemblable) à une manifestation tuberculeuse.

Stickel, *Archiv. f. Gynäk.*, 1906, t. LXXIX

Obs. 6. — 36 ans. Double ovariotomie chez une femme à qui on avait trouvé au cours de l'opération un gros cancer de l'estomac adhérent au foie.

Histologiquement : Réseau des cellules épithéliales donnant l'aspect alvéolaire ; petites cellules cancéreuses entourées d'un réseau conjonctif.

Vraisemblablement le cancer primitif est un cancer plan de l'estomac.

KOERTE, cité par LERICHE.

Opérée pour cancer du pylore le 3 juillet 1898. Morte 2 ans plus tard de tumeur maligne des annexes.

KEHRER. *Münchener mediz. Wochensch.*, 1903, t. II

OBS. 1. — 37 ans. Douleurs gastriques depuis 5 ans. Depuis un an vomit des matières noires. Ascite, tumeur ovarique gauche dure, mobile, grosse comme une tête d'enfant.

Diagnostic probable : Cancer de l'estomac avec métastases sur l'ovaire gauche.

Ovariotomie gauche, ovaire droit sain en apparence est laissé. Morte d'embolie pulmonaire.

Autopsie : Cancer sténosant infiltré du pylore. Sur l'ovaire droit métastase superficielle grosse comme un noyau de cerise ; la même structure que le cancer gastrique : cancer glandulaire à petites alvéoles et dégénérescence muqueuse des cellules.

STICKEL, *Archiv. f. Gynäk.*, t. LXXIX, 1906

OBS. 8. — 52 ans. Morte d'infection après hystérectomie abdominale totale.

Squirre du pylore à petites cellules du type de l'adénome. Sur les ovaires qui présentent plusieurs kystes, on trouve des cellules cancéreuses avec ordination « typique » dans le stroma et tendance à la dégénérescence muqueuse.

AMANN, *Munch. mediz. Wochensch.*, 1905, n° 50

28 ans. 1 accouchement. Vient pour tumeur de l'ovaire grosse comme une tête d'adulte et ayant évolué rapidement. 3 ans et demi auparavant on lui avait fait une gastro-entérostomie pour

sténose pylorique d'apparence bénigne. Au cours de la seconde opération, on reconnut un cancer gastrique. La tumeur de l'ovaire gauche était un fibrome œdémateux dont les parties principales contenaient de l'adéno-cancer.

AMANN, *Monatsch., f. Geb. u. Gyn.*, 1909, t. XXIX

Femme de 26 ans : Castration abdominale totale pour double tumeur métastatique des ovaires coïncidant avec un cancer inopérable de l'estomac.

Ovaires : tissu fibreux et conjonctif à larges mailles entre lesquelles se trouvent des traînées épithéliales d'adéno-cancer ; nombreuses cellules ayant subi la dégénérescence muqueuse avec toutes les formes intermédiaires.

STICKEL, *Arch. f. Gynäk.*, t. LXXIX, 1906.

OBS. 2. — Pièces d'autopsie. Cancer ulcéré de l'estomac : infiltration de toutes les tuniques par des cellules rondes à noyau vasculaire, et quelques cellules en bagues.

Même structure sur les ovaires, qui présentent plusieurs foyers limités qui indiquent l'envahissement par métastase.

STICKEL, *Archiv. f. Gynäk.*, 1906, t. LXXIX

OBS. 5. — 41 ans. 17 accouchements. Entre pour douleurs violentes dans le bas-ventre ; on lui trouve à gauche une tumeur grosse comme une tête d'adulte.

Opération : Ovariotomie double. Morte avec fièvre et délire.

Autopsie : Cancer colloïde de l'estomac et infiltration cancéreuse des ganglions voisins. Ovaires : Petites cellules épithéliales dans un réseau fibrillaire conjonctif avec quelques petits foyers de ramollissement cellulaire.

C'est un cancer secondaire des ovaires.

ROTHENBERG, *Th., Heidelberg*, 1893.

OBS. 7. — 31 ans. Réglée à 16 ans. IIpare. Depuis 9 ans, troubles gastriques. Depuis 4 ans, chlorose, mal réglée. Aménorrhée depuis

14 mois. Depuis 3 mois, régurgitation, diarrhée, amaigrissement, puis augmentation du ventre.

On trouve de l'ascite, une tumeur atteignant l'épigastre, irrégulière. Dans le Douglas une petite et une grosse tumeur.

Opération : Ascite jaune clair. Ovariotomie double, tumeur droite pèse 550 grammes, la gauche 2.340 grammes. Morte subitement d'embolie pulmonaire.

Autopsie : Tumeur pyloro-duodénale (sarcome?) Kystes carcinomateux des ovaires.

Histologiquement : Carcinome intra-cellulaire du pylore avec dégénérescence.

Cancer des ovaires vraisemblablement secondaires, quand on songe combien est fréquent le cancer primitif du pylore.

2. — Cancer de l'estomac et cancer des ovaires avec généralisations multiples.

Tixier, Gastrectomie datant de 2 ans et demi : apparition, chez la malade, d'un cancer bilatéral des ovaires et d'un cancer du sein, castration totale et amputation du sein : guérison. *Lyon médical*, 7 mars 1909, p. 502.

Malade de 33 ans, entre en mars 1906 pour hématémèses formidables : on fit une gastroentérostomie d'urgence, on reconnut un ulcéro-cancer du pylore volumineux, mais mobile. Le 27 avril, ablation de la tumeur dans une seconde laparotomie.

Bon état jusqu'en novembre 1908 : le médecin consulté constate une masse volumineuse dans le ventre.

En décembre 1908 : au toucher, masse bilobée, grosse comme deux poings d'adulte, mobile. Petit noyau dans le sein.

Castration abdominale totale : cancer bilatéral de l'ovaire, sans aucun envahissement ni des trompes ni de l'utérus.

Amputation du sein.

Examen histologique (M. Paviot). — L'examen comparatif montre que l'on a affaire à deux sortes de tumeurs différentes :

Estomac : Ulcération de la muqueuse avec infiltration diffuse de la sous-muqueuse et de la musculeuse par des éléments atypiques à forme rappelant la linite plastique. En certains endroits, les cellules constituent des amas, au milieu desquels on trouve de véritables tubes tapissés d'une assise de cellules cubiques. Donc néoplasme certainement d'origine gastrique.

Ovaire : Grosses cellules rondes, claires, d'aspect hyalin, ne prenant pas de coloration et dont le noyau est rejeté dans un coin de la cellule, bien différentes des cellules de la tumeur gastrique. Type d'épithélioma primitif de l'ovaire à cellules claires.

Sein : Cellules claires, hyalines, de grandes dimensions.

« En somme : cancer de l'estomac à forme de linite plastique, cancer de l'ovaire à cellules claires, métastase de la tumeur de l'ovaire dans le sein. »

De Snoo, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1907 n° 46.

38 ans. Multipare. Il y a deux ans et demi, au cours d'une grossesse, apparurent des hématémèses et des douleurs gastriques. Un an après on trouva une tumeur maligne de l'estomac, adhérente, inopérable. En mai 1906, elle revient avec une tumeur de l'ovaire, de l'ascite et des douleurs gastriques.

Opération: Ovariotomie et gastro-entérostomie. Suites favorables. Augmente de cinq kilogrammes en deux mois. En septembre : signes et métastases pulmonaires. Morte en octobre ; l'ascite ne s'est pas reproduite.

La tumeur de l'ovaire a un aspect lardacé à la coupe ; on y voit au microscope une hypertrophie du tissu conjonctif et une colossale prolifération des cellules rondes ou polygonales, souvent placées dans les espaces lymphatiques. Pas d'examen de l'estomac.

Rosenstirn, *Arch. f. Klin. u. Chirurgie*, 1910, t. XCII.

35 ans. Ictérique. Cancer du cardia ; infiltration cancéreuse des voies biliaires. Métastases dans les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux et le pancréas. Cancer de l'ovaire gauche. Petits noyaux cancéreux dans le Douglas.

Histologiquement : *Estomac* : Disparition des glandes et nombreux foyers de petites cellules rondes envahissant jusqu'à la musculeuse sans la séreuse.

Ovaire gauche : Nombreux amas de cellules néoplasiques séparées par des alvéoles qui sont entourées de tissu conjonctif, épais ou mince.

Ovaire droit: Forte hypertrophie conjonctive, pas de cancer.

KAUL, *Thèse Munich*, 1906.

43 ans. Troubles gastriques depuis un an ; en septembre 1904, son ventre grossit. Dernières règles en juillet 1904 ; 10 accouchements.

Cachexie. Pleurésie double. Ascite. Double cancer ovarique.

Ponction de l'ascite d'abord claire puis hémorragique, ce qui fait opérer d'urgence, car le pouls se modifie.

Opération, 3 mars 1905 (AMANN). Tumeur ovarique droite grosse comme une tête d'adulte, la gauche plus petite. Pas d'adhérences. Pas de lésions du péritoine. Cancer de l'estomac adhérent au foie et à la vésicule biliaire.

Meurt subitement le 18 mars.

Autopsie : Embolie pulmonaire : liquide hémorragique dans la plèvre gauche, purulent à droite. Tumeur adhérente de la grande courbure de l'estomac. Très grosse tumeur dans le foie, cancer de la vésicule biliaire.

Ovaires mollasses avec parties kystiques ; ces kystes ont un contenu clair, trouble ou colloïde ou sanguinolent.

Histologiquement : cancer médullaire de l'estomac du type d'adénocancer.

Même aspect dans le foie et les ovaires.

Il conclut à un cancer primitif de l'estomac avec métastases ovariques, mais l'absence de lésion de péritoine doit faire penser qu'il s'agit de propagation par voie lymphatique ou sanguine.

STICKEL, *Arch. f. Gynäk.*, 1906, t. LXXIX

OBS. 4. — 56 ans. Venue pour tumeur de la 4e côte gauche qu'on incisa et reconnut pour un cancer ; on trouve ensuite un cancer de l'ovaire gauche, considéré comme primitif par le médecin traitant. On pense à un cancer primitif de l'estomac vérifié à l'autopsie.

Autopsie : Gros paquets de ganglions le long de la petite courbure, estomac épais, dur, sauf au niveau du pylore et de la grande courbure. Ovaire gauche, surface lisse avec quelques nodules superficiels. Ovaire droit très bosselé : les ovaires sont durs, blanchâtres à la coupe avec au centre un foyer grisâtre.

Noyaux dans le foie, le mésentère, l'épiploon, les côtes, les vertèbres, le médiastin.

Histologiquement : Cancer plan de l'estomac avec métastases ayant même structure (cellules muqueuses en bagues).

STICKEL, *Eodem loco.*

OBS. 1. — Autopsie d'une femme de 26 ans qui avait été trachéotomisée pour sarcome probable du cou et du médiastin : ascite jaune et trouble. Le mésentère est envahi, tout le péritoine pariétal est épaissi, quelques noyaux dans le douglas. 1 litre de liquide sanglant dans la plèvre gauche, un demi-litre à droite. Nombreux ganglions dans le médiastin, dans le mésentère et le long de l'aorte. Hydronéphrose droite par compression par un noyau cancéreux. Utérus petit.

Cancer non ulcéré de l'estomac près du cardia occupant les deux tiers de l'estomac, mais laissant libre le pylore. Les ovaires sont gros et on constate sur le droit une saillie comme un noyau de cerise, sur le gauche deux saillies plus volumineuses.

Microscopiquement : Squirre gastrique ayant envahi les autres organes et en particulier les ganglions ; aspect typique sur les ovaires : cellules provenant d'une muqueuse, formes en bague très caractéristiques.

LAMPARTER, *Thèse Tubingen*, 1901.

OBS. 5. — 41 ans. Depuis 12 ans a le ventre gros, mais augmentation très rapide depuis quelques semaines avec anorexie, constipation, amaigrissement.

Laparotomie : 10 litres d'ascite. Nombreux noyaux blanchâtres sur le péritoine. Tumeur solide de l'ovaire droit assez mollasse, grosse comme une tête d'adulte ; tumeur à gauche mais plus petite.

Autopsie : Cancer ulcéré du pylore. Adénocancer des 2 ovaires. Métastases sur l'épiploon, le péritoine, les ganglions, les plèvres et le médiastin.

Pour ce cas, l'auteur dit qu'on ne peut pas affirmer qu'il s'agisse de métastase ou de coïncidence.

GOTTSCHALK, *Centralb. f. Gynäk.*, 1901, p. 1287.

28 ans. Souffrait depuis longtemps de douleurs gastriques que le médecin mettait sur le compte de troubles génitaux ; amaigrissement.

Au toucher on trouve très petites tumeurs ovariques avec nombreux noyaux dans le Douglas, très durs et faisant penser à une tumeur maligne.

Opération par voie vaginale ; ascite : extirpation de la tumeur.

Guérison et sortie rapide. Opérée en 1898, revint récemment, mourut à l'hôpital avec ascite et cachexie.

Autopsie : Cancer primitif du pylore. Métastases dans le foie, les ganglions, le péritoine et sur l'ancienne cicatrice.

C'est un cancer du pylore qui s'est manifesté d'abord par une métastase grosse comme une noisette sur l'ovaire droit : ce noyau d'aspect glandulaire est très différent de ce qu'on trouve dans les cancers primitifs de l'ovaire et confirme la théorie de l'implantation directe.

GARTTNER, d'après SCHLAGENHAUFER.

25 ans. Malade depuis 9 mois. Pyrosis, vomissements. Les deux ovaires gros comme des œufs de poule. Squirre de l'estomac, métastases pulmonaires et péricardiques. Envahissement des ganglions mésentériques et bronchiques.

KRAUSS, *Monat.f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XIV.

OBS. 2. — 46 ans. Cancer sténosant du pylore. Nombreuses métastases dans le foie; sur la séreuse du rectum nombreux noyaux grisâtres; fibrome de l'utérus. Ovaires un peu gros assez durs, à surface lisse de couleur blanc jaunâtre.

Ces deux ovaires sont cancéreux : noyaux allant de la surface à la profondeur. Cellules épithéliales de forme variable : arrondies ou polygonales à noyau souvent vacuolaire, cellules réunies en boyaux ou en amas dans un stroma conjonctif jaune assez abondant.

Il existe une relation certaine entre cancer des ovaires et cancer de l'estomac.

BIRCHER, *Arch. f. Gyn.*, t. LXXXV, p. 435.

40 ans. Carcinose péritonéale généralisée. Squirre du pylore. Cancer alvéolaire de l'ovaire droit. Métastase paraombilicale.

RATHERT, *Thèse Greifswald*, 1901.

OBS. 2. — Autopsie d'une femme de 36 ans qui était soignée pour cancer de l'estomac et du foie. Ictérique.

Un peu de liquide dans le ventre. Très nombreux noyaux sur l'épiploon. Pylore épaissi et infiltré par un cancer. Pas de métastases dans le foie qui est gros, sauf envahissement des lymphatiques portes.

Liquide sanglant dans les plèvres, métastases surtout dans le poumon gauche.

Ovaires gros comme le poing, bosselés, adhérents.

Même structure sur l'estomac et les ovaires.

« Il n'y a pas de doute, pour l'auteur, que le cancer primitif est celui de l'estomac, les ovaires ont été envahis peut-être par voie lymphatique rétrograde. »

SCHLAGENHAUFER, *loco citato.*

OBS. 3. — 37 ans. Se croyait enceinte quand elle vint consulter la première fois ; on trouva une tumeur ovarique droite grosse comme une tête d'adulte et une plus petite à gauche.

Ovariotomie double. Sarcome des ovaires.

Morte deux mois plus tard.

Autopsie : Cancer infiltré de l'estomac avec métastases dans le foie, les ganglions portes, le péritoine et le péricarde.

Sur l'estomac il y a une grosse infiltration de toutes les tuniques par des cellules cancéreuses polymorphes, petites ; dans la sous-muqueuse quelques cellules groupées en acini. Métastases hépatiques ont une structure alvéolaire ; même aspect de cellules polymorphes sur le péricarde.

SCHLAGENHAUFER, *Eodem loco.*

OBS. 4. — 56 ans. Opérée l'année précédente de cancer des 2 ovaires. Actuellement souffre de nouveau du ventre. Pouls petit, fréquent. Ascite considérable qu'on a dû ponctionner 8 fois (8 litres de liquide verdâtre environ à chaque ponction.)

Morte au bout de cinq mois de séjour.

Autopsie : Cancer infiltré de l'estomac avec généralisation au péritoine, au péricarde et à la moelle osseuse.

RÖMER, *Archiv. f. Gynäk.*, 1902, t. LXVI.

OBS. 1. — 20 ans. Arrive mourante avec le diagnostic : phtisie et grossesse. On fait l'accouchement forcé ; la femme meurt 2 heures après.

Autopsie : Cancer du pylore avec métastases dans les ganglions bronchiques et sus-claviculaires, dans les ganglions de l'estomac,

du foie et rétropéritonéaux. Métastase dans les poumons, sur le péritoine et les 2 ovaires.

Grosse masse dure sur le pylore. Les 2 ovaires sont gros comme le poing, gris jaunâtre à la coupe.

Microscopiquement : Estomac ; infiltration de toutes les tuniques par des cellules épithéliales irrégulières conservant quelques zones nouvelles. Cellules épithéliales irrégulières enserrant quelques zones normales.

Ovaires : Les éléments épithéliaux ont le même aspect que sur l'estomac, enveloppés par du tissu conjonctif abondant surtout à la périphérie.

RÖMER, *Eodem loco.*

OBS. 2. — 61 ans. Cachectique. Soignée depuis 3 semaines pour cancer de l'estomac (vomissements marc de café).

Autopsie : Cancer du pylore avec ganglions dans le mésentère, autour de l'estomac et rétropéritonéaux et au hile du foie (métastases). Infiltration et granulations sur l'épiploon et le péritoine. Métastases dans le foie, les 2 ovaires, les trompes. Cancer secondaire vertébral.

Mêmes lésions que dans l'observation 1.

Ces 2 cas sont des métastases non douteuses du cancer de l'estomac, dit Römer ; dans le 1er il pense à un envahissement direct par le péritoine ; dans le 2e il pense au contraire à un envahissement lymphatique (âge de la malade, lésions plus accentuées au centre de l'ovaire dans cette 2e observation, à la périphérie dans la 1re observation).

BUDAY, *Pester med. chirurg. Presse*, 1900.

OBS. 2. — 40 ans. Opérée pour tumeur de l'ovaire gauche. Morte pendant l'opération.

Autopsie : 200 grammes de sang liquide dans le ventre. Noyaux cancéreux sur la paroi thoracique, dans le cœur et dans les poumons.

Sur la paroi postérieure de l'estomac, tumeurs ulcérées grosses comme des pois; lésions analogues dans le foie, les reins, le mésentère.

Ovaire droit ratatiné.

Microscopiquement : Aspect analogue à du fibrome, mais qui est reconnu comme un endothéliome hyalin.

SCHENK et SITZENFREY, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. LX.

34 ans. Opérée le 10 septembre 1900 de tumeur double des ovaires, la gauche grosse comme un œuf d'oie, la droite un peu plus grosse, avec ascite (Type de cancer de Krükenberg).

Dans la suite, vomissements de plus en plus fréquents, perte d'appétit et au palper, dans la région du pylore, une tumeur solide. Ascite se reproduisit.

En décembre 1900, son médecin trouva une *tumeur du sein gauche*, qui évolua rapidement sans s'ulcérer. Les troubles augmentèrent et la femme mourut le 18 février 1901.

RHEIN, *Th., Greifswald*, 1898.

OBS. 2. — Autopsie d'une femme de 62 ans non opérée.

4 litres d'ascite claire. Nombreuses granulations sur tout le péritoine. Tumeur de la région antéro-inférieure du pylore.

Tumeurs ovariques partie solides partie kystiques. Quelques noyaux dans le foie.

Les parties solides ont une structure alvéolaire : ces alvéoles contiennent des éléments qui prennent mal les colorants et sont tapissés de cellules épithéliales cylindriques ; quelques points plus jeunes ont un aspect glandulaire. Tissu conjonctif modifié le plus souvent en faisceaux serrés.

L'auteur fait des ovaires les tumeurs primitives et de la lésion gastrique une métastase à cause de ses caractères limités sans lésions de la muqueuse (il n'y a d'ailleurs pas d'examen microscopique de l'estomac ni du foie.)

SCHULTZE (cité par TEICHMANN, *Thèse Iéna*, 1887).

52 ans. VIpare. Tumeurs pédiculées des ovaires, plus volumineuses à droite ; on pense à un cancer de l'estomac Pas d'HCl dans l'estomac.

Opération : Ablation de deux tumeurs ovariques. Noyaux cancéreux sur l'épiploon, l'intestin, le mésentère, le foie. Les deux tumeurs des ovaires sont des kystes carcinomateux. Morte au bout de 24 heures. A l'autopsie, cancer de l'estomac.

ERNST COHN, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1886, t. XII.

OBS. 45. — Ovariotomie pour kystes cancéreux : cancer médullaire sans lésion du péritoine au moment de l'opération.

Autopsie (19 jours plus tard). Envahissement du péritoine. Nombreuses masses cancéreuses sur la petite courbure de l'estomac et sur l'intestin et le foie.

Dans les observations suivantes nous réunissons les cas de fibromes, de sarcomes, de fibrosarcomes des ovaires qui ne sont pas signalés comme des tumeurs secondaires par leurs auteurs; pourtant quelques-unes de ces observations sont citées par d'autres comme des tumeurs de Krükenberg.

Voici d'abord quelques observations rapportées comme sarcomes des ovaires avec sarcome de l'estomac ; ce sont des cas anciens très douteux :

VIRCHOW, *Die krankaften Geschwülste*, I, p. 369, Berlin, 1864.

Sarcome des ovaires chez une femme jeune avec sarcome de l'estomac et du péritoine.

LÉOPOLD, *Arch. f. Gynäk.*, 1874, t. VI.

OBS. 7. — Sarcome fuso-cellulaire des 2 ovaires. Sarcome de l'estomac et du péritoine.

48 ans. Bien réglée, multipare. Souffre d'une affection grave de l'estomac depuis deux ans; depuis cette époque aménorrhée et augmentation du ventre; amaigrissement. Beaucoup d'ascite et tumeur en forme de biscuit qui est certainement un cancer des 2 ovaires, non accessible au toucher.

Morte en avril 1873.

Autopsie : 15 litres d'ascite jaune clair. Les 2 ovaires ont conservé leur forme, non adhérents, mais volumineux; ces tumeurs sont formées à la coupe de noyaux gris jaunâtre et de tissu fibreux serré.

Estomac épaissi dans son ensemble, surtout dans la musculeuse et la muqueuse; le pylore est induré.

Semis sur le mésentère et l'épiploon, quelques ganglions mésentériques durs, gris jaunâtre.

Histologiquement : Sarcome fuso-cellulaire des ovaires, de l'estomac et noyau sarcomateux sur le péritoine.

HEITZ, *Virchow's Archiv.*, t. XXXVI.

38 ans, bien réglée depuis l'âge de 18 ans. A remarqué depuis 6 mois augmentation du ventre et a des vomissements.

Morte de cachexie. Sarcome fuso-cellulaire des 2 ovaires. Sarcome secondaire de l'estomac, de la plèvre, du péritoine.

WILKS, cité par RENZ, *Thèse de Tübingen*, 1891.

28 ans. Souffre depuis 4 mois de troubles gastriques violents. On trouve une tumeur à l'épigastre et 2 autres dans les parties inférieures de l'abdomen. Morte 3 mois plus tard. Sarcome de l'estomac et des ovaires.

JACOBY, *Thèse Greifswald*, 1890.

OBS. 2. — Fibromyomata ovarii uterusque. Carcinoma pylori et carcinomata metastatica mesenterii et peritonei.

20 ans. Réglée à 16 ans. Souffre depuis un an de l'estomac avec coliques et diarrhée. Depuis 3 mois perd du sang presque tous

les quinze jours. Depuis un mois a remarqué une grosseur dans le ventre.

Le 16 juillet 1888, on trouve une tumeur arrondie, irrégulière, dure, atteignant presque l'ombilic et repoussant l'utérus à gauche.

Opération le 25 juillet 1888. Ablation de la tumeur droite non adhérente et d'une seconde tumeur analogue de l'ovaire gauche.

Suites normales ; mais 3 semaines après l'opération douleurs gastriques, vomissements, anorexie, affaiblissement.

Revient le 8 octobre avec signes d'occlusion (vomissements, météorisme, hypothermie, pouls à 120). On fait une seconde laparotomie et on trouve une péritonite cancéreuse ; on fait un anus contre nature sur une anse dilatée. Morte le lendemain.

Autopsie : Tumeur de la région pylorique, nombreuses plaques sur le mésentère, les ganglions sont gros.

Estomac : Cancer alvéolaire rempli de cellules épithéliales du type glandulaire. Ovaires : Surface lisse, bosselée, grisâtre avec de petits kystes : fibromyome au microscope.

Conclusions : cancer primitif de l'estomac, tumeurs ovariques indépendantes.

ENGELHORN, *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI.

OBS. 11. — 65 ans. Ménopause à 40 ans. 2 accouchements. Depuis 2 ans, douleurs dans le bas-ventre, depuis 6 semaines anorexie, pas de vomissements, augmentation du ventre ; il y a 4 jours on lui a retiré 4 litres d'ascite.

Femme cachectique. Ascite. A gauche et au-dessous de l'ombilic, tumeur ronde, grosse comme une tête d'enfant, tympanisme à l'épigastre.

Laparotomie : Ascite jaune rouge. Ablation d'une tumeur de l'ovaire droit ; masses cancéreuses dans le Douglas, touchées au thermocautère. Noyaux dans l'épiploon, nombreux noyaux dans le foie. On palpe un cancer du pylore gros comme le poing.

Morte en décembre 1901, chez elle (un mois après l'opération).

Histologiquement : Fibrosarcome fasciculé à petites cellules ; les masses du Douglas sont de l'adénocancer.

Il n'y a pas de doute pour l'auteur que ce sont deux tumeurs indépendantes.

HEINE, *Thèse Erlangen*, 1894.

OBS. 5. — Sarcome double : 24 ans, entre le 11 juillet 1891. Souffre depuis cinq ans de douleurs d'estomac et le 3 mai on lui fit une gastrectomie pour cancer.

Réglée à 18 ans. Dernières règles il y a 8 jours. 4 accouchements, le dernier le 16 mars 1891, fut provoqué à 7 mois et fut suivi de nombreuses métrorragies tous les huit jours ; elle remarque, depuis, une grosseur dans le côté droit, qui augmente mais sans douleur.

Au toucher, une tumeur dans le Douglas, à gauche, grosse comme un œuf d'oie ; une tumeur plus volumineuse à droite.

Diagnostic : Sarcome des deux ovaires.

Opération : Tumeur grisâtre, adhérente partout. Ablation des deux tumeurs, quelques noyaux grisâtres sur le péritoine, d'aspect cicatriciel, dont la plupart furent réséqués aux ciseaux.

Suites assez bonnes malgré fièvre. Le 23 août 1891, on sent une résistance dans l'épigastre, qui semble une récidive du cancer gastrique, d'ailleurs la malade souffre de nouveau de l'estomac.

BODE, *Centralb. f. Gynäk.*, 1895, p. 656.

31 ans. Opérée, trois ans auparavant, de pylorectomie pour cancer et restée sans récidive. Souffrait de pelvipéritonite et fut opérée d'une tumeur grosse comme une tête d'adulte adhérente de l'ovaire droit ; l'ovaire gauche est atrophié. L'examen microscopique montra un fibrosarcome avec cavités kystiques et formations épithéliales dans ces cavités.

BODE, *Centralb. f. Gynak.*, 1896, p. 45.

Sarcome endothélial de l'ovaire droit chez une malade de 32 ans, qui avait été opérée, deux ans auparavant, de cancer du pylore.

PICQUÉ, *Soc. de chirurgie de Paris*, 24 mai 1899.

Deux tumeurs solides des ovaires enlevées à une malade, qui avait subi, deux ans auparavant, une résection presque complète de l'estomac pour cancer.

Ces tumeurs ne sont pas des kystes, mais des fibromes ou des fibrosarcomes.

HABERLEIN, *Deutsche Archiv. f. klin. Medizin*, 1888, t. XLIV.

OBS. 2. — 39 ans. Carcinome de l'estomac, suite d'ulcère rond. Induration des sommets des poumons, pleurésie sèche, gros ganglions, bronchiques et iliaques. Fibromyome de l'ovaire gauche. Pas d'autres métastases.

FISCHER-DEFOY ET LUBARSCH, *Ergebnisse der Allg. Path.*, 1904, t. X.

49 ans. Cancer infiltré de l'estomac grand comme 5 marks. Myxoadénosarcome des deux ovaires gros comme une tête d'enfant.

Les auteurs disent qu'on ne peut se prononcer sur la dépendance des deux tumeurs.

FLEISCHMANN, *Centralb, f. Gyn.*, 1896, p. 882.

Ovariotomie chez une multipare de 23 ans pour double tumeur ovarique. Peu d'ascite. Morte le 4e jour.

Autopsie : Carcinome du pylore, métastases dans les ganglions, les côtes et la colonne vertébrale. Les tumeurs ovariques étaient des fibrosarcomes myxomateux.

KÖTSCHAU. *Centralb. f. Gyn.*, 1897, t. XLV, p. 627.

Double sarcome de l'ovaire chez une femme de 52 ans. Peu avant l'opération, on constate une tumeur semblant être de l'épiploon et on pense à un cancer de la grande courbure de l'estomac.

Opération : Ascite. Semis péritonéal. Ovariotomie. Morte le 6e jour de collapsus.

Autopsie : Cancer de l'estomac et de l'épiploon, semis péritonéal ; pas d'autres métastases. L'intérêt de l'observation est surtout, d'après l'auteur, qu'il y a eu un cancer primitif de l'estomac avec un cancer secondaire de l'épiploon et du péritoine à côté d'un sarcome primitif des ovaires.

LAMPARTER, *Thèse Tübingen*, 1901.

OBS. 1. — 44 ans. Vomissements presque quotidiens depuis 4 mois ; depuis 2 mois, douleurs abdominales, anorexie ; amaigrissement. Palpation du ventre douloureuse : ascite ; à gauche tumeur rénittente grosse comme une tête d'enfant. On pense à une tumeur maligne de l'ovaire avec cancer du pylore.

Opération : Ascite abondante, on enlève les deux ovaires gros comme le poing, le péritoine est parsemé de noyaux secondaires. Le pylore est infiltré circulairement. Morte quelques jours après l'opération.

Autopsie : L'estomac contient un liquide noirâtre sanglant. Sur la petite courbure perforation à bords infiltrés, dont le fond est formé par le pancréas. Liquide trouble, sanguinolent dans le ventre. Les ganglions préaortiques sont pris.

Histologiquement : Estomac : Cancer à cellules cylindriques.

Ovaires : Tumeurs dures, grisâtres à la coupe avec quelques points ramollis. C'est un fibrosarcome.

L'auteur en fait deux tumeurs indépendantes.

LAMPARTER, *Thèse Tubingen*, 1901.

OBS. 3. — Autopsie d'une femme de 41 ans. Adhérence de l'estomac à la paroi par une cavité remplie de pus ; sur le pylore, tumeur grosse comme la moitié du poing. Adhérence au côlon transverse. Péritoine lisse. Pas d'ascite.

Les 2 ovaires sont gros comme le poing, durs, gris à la coupe

Pas de métastase hépatique. Ganglions rétropéritonéaux et épigastriques grisâtres, gros comme des pois.

Diagnostic : Ulcère cancérisé de l'estomac avec perforation. Cancer des 2 ovaires, cancer du pancréas.

Cancer cylindrique de l'estomac ; sarcome fusocellulaire à petites cellules sur les ovaires.

L'auteur en fait 2 tumeurs indépendantes.

GOLDENBERG, *Thèse Giessen*, 1903.

OB. 5. — Cancer du pylore combiné à un sarcome de l'ovaire droit.

46 ans. Entre le 25 février 1892. 2 accouchements normaux. Depuis 1890 souffre du ventre surtout dans la région ombilicale. En février 1891 ovariotomie gauche pour tumeur solide de l'ovaire gauche, l'ovaire droit et les annexes furent alors trouvés normaux. *Guérison.* Dans les derniers temps, douleurs plus vives dans le ventre. Pas de règles depuis l'opération, deux fois ponctionnée pour ascite (10 litres). Actuellement ascite, plusieurs noyaux dans le Douglas, pas de ganglions inguinaux.

8 mars 1892. *Laparotomie* : 10 litres d'ascite jaune clair, semis sur tout le péritoine et surtout grosse masse dans le Douglas. Utérus en rétroflexion fixé. On referme le ventre sans rien enlever.

Morte le 1er avril 1892. *Autopsie* : Carcinose péritonéale. Kyste de l'ovaire droit. Cancer sténosant du pylore. Œdème pulmonaire. Endocardite.

L'examen microscopique d'une partie solide de l'ovaire donne l'aspect de sarcome à cellules rondes.

KRATZENSTEIN, *Zeistsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897 ; t. XXXVI.

OBS. 6. — 46 ans. Opéré le 12 juillet 1889. Depuis mars augmentation rapide du ventre, depuis 15 jours enflure des extrémités, malaises après le repas, sans vomissements. Douleurs abdominales. Dernières règles en mars.

Ponction : 5 litres et demi d'ascite. Ovaire droit, tumeur grosse comme une tête d'enfant, mobile. Ovaire gauche gros comme un œuf de poule.

Opération : Ablation de 2 tumeurs qui sont des fibrosarcomes.

Suites d'abord bonnes puis vomissements de plus en plus fréquents. Morte le 1er août 1890.

Autopsie : Cancer du pylore.

Endocardite chronique. Bronchopneumonie avec gangrène pulmonaire.

STAUDER, *Zeitsch, f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII.

OBS. 6. — 79 ans. Nullipare ; depuis quelque temps souffre du ventre et voit son abdomen grossir rapidement. Douleurs dans la région de l'estomac.

Ascite considérable. Œdème des extrémités. Dans le petit bassin tumeur rénittente, bosselée ; à gauche et au-dessus seconde tumeur plus petite.

Opération le 7 mars 1896. — Ascite ; pas d'adhérences. Ablation de deux tumeurs ovariques pédiculées : à gauche, grosse comme un œuf de poule, à droite comme le poing. Ganglions iliaques infiltrés, péritoine épaisssi. Morte 2 mois après l'opération avec de l'ascite reproduite et des vomissements très abondants teintés de sang.

Histologiquement : aspect de sarcome fibreux fuso-cellulaire des 2 ovaires avec péritonite sarcomateuse.

LÉOPOLD, *Arch, f. gyn.*, 1874 ; t. VI.

OBS. 12. — 29 ans. Morte de péritonite à la suite de perforation d'ulcère de la face postérieure de l'estomac. Ovaires doublés de volume, recouverts de granulations. A la coupe nombreuses cavités kystiques, tissu dur, très serré, homogène.

Histologiquement : Sarcome fuso-cellulaire des 2 ovaires.

KRATZENSTEIN, *loco citato.*

OBS. 8. — Fibro-sarcome des 2 ovaires. Morte 15 jours après l'opération, de perforation d'ulcère rond.

Pétrina, *Prager Vierteljahrschrift,*, t. CXVI, 1872.

Cancer gélatineux du péritoine et des ovaires. Ulcère de l'estomac.

Nous signalons l'observation de Cruveilhier considérée par Goullioud comme un bel exemple de cancers des ovaires et de l'estomac, mais qui semble bien douteuse.

Cruveilhier. — *Ictère. Ascite. Dépérissement, maladie du foie présumée. Ponction devenue indispensable. Mort. — A l'autopsie, foie sain, dégénérescence gélatiniforme du péritoine, des épiploons, des appendices graisseux et des deux ovaires.*

« Il est probable, dit l'auteur, que c'est par les ovaires que la maladie a débuté et que les replis péritonéaux ont été consécutivement affectés. — Tous les viscères abdominaux et pelviens, moins les ovaires étaient parfaitements sains. »

Quelques cas rapportés comme **Endothéliomes de l'ovaire** coïncident avec un cancer gastrique.

Goldenberg, *Th. Giessen*, 1903, *Tumeurs des 2 ovaires (Endothéliome), cancer de l'estomac.*

Obs. 6. — 28 ans. Souffre depuis quelque temps dans l'estomac et le bas-ventre, surtout après des fatigues et au moment des règles. Aménorrhée depuis 3 mois et violentes douleurs gastriques, anorexie. Depuis 3 semaines vomissements soit immédiatement soit quelques heures après le repas. Amaigrissement. Diarrhée. Utérus en avant, à gauche et en arrière tumeur mobile, bosselée, à droite et en avant tumeur plus grosse (comme le poing) analogue.

21 septembre 1901. Ovariotomie double, pas d'ascite.

On a affaire à des endothéliomes non douteux. 3 jours après l'opération, vomissements noirs abondants, collapsus.

30 septembre. On trouve une tumeur dans la région du pylore.

25 octobre. On fait le diagnostic de cancer du pylore et on pratique la gastro-entérostomie.

C'est une coïncidence de 2 cancers.

PROCHOWNICK, *Centralb. f. Gyn.*, 1907, n° 9.

Tumeur solide unilatérale apparue en quelques semaines avec de l'ascite et rapide cachexie chez une femme de 45 ans jusqu'alors bien portante. On pense à une tumeur métastatique de cancer gastrique, mais on ne trouve aucun signe ni physique ni fonctionnel.

Opération : Ascite; pas de lésion du péritoine; ablation facile de l'ovaire gauche, tumeur dure grosse comme un petit melon, et de l'ovaire atrophique paraissant normal. On trouve un cancer envahissant à gauche la petite courbure jusqu'au cardia adhérent à l'épiploon et au côlon transverse. Foie normal.

Microscopiquement : Aspect d'endothéliome de l'ovaire : Masse fibreuse, avec réseau à cellules cylindriques dans les fentes lymphatiques. Ovaire droit sain.

ROBISCHON, *Th. Greifswald*, 1895.

OBS. 1. — 47 ans. Réglée à 16 ans régulièrement. 12 enfants, le dernier il y a 6 ans. Vomit depuis le milieu de juillet 1894, presque aussitôt après avoir mangé. Pas de douleurs; tumeur mobile, bosselée, allant à droite presque jusqu'à l'ombilic et accessible par le toucher vaginal dans le Douglas.

Opération : Ablation de la tumeur, venant de l'ovaire gauche; et de l'ovaire droit un peu gros.

Quelques jours après nouveaux vomissements couleur marc de café, on trouve une résistance dans la région du pylore et tous les signes de cancer de l'estomac.

Morte 4 semaines après l'opération; pas d'autopsie. L'examen des pièces montre une tumeur solide, dure, lisse, de coloration jaunâtre avec quelques points rouges ou bleuâtres.

Microscopiquement : Aspect de fibromes; mais on voit des amas de cellules avec de gros noyaux vésiculeux et dont le protoplasme

est ramolli. On ne peut affirmer si c'est du sarcome, de l'endothéliome ou de l'épithéliome. Pourtant l'auteur, après de longues déductions, conclut à un cancer primitif de l'ovaire.

A propos de cette observation, Stickel dit que ce que Robischon prend pour des follicules correspond en réalité à des productions adénomateuses dont le centre est dégénéré et qu'ainsi ce n'est pas une tumeur primitive mais une tumeur secondaire très nette.

LINCK, *Thèse Königsberg*, 1900.

50 ans environ. — Depuis un an souffre de l'estomac, vomissements. Amaigrissement. Sous les côtes tumeur dure, bosselée, mobile avec les mouvements respiratoires. Utérus antéfléchi; dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur grosse comme le poing débordant la symphyse; à gauche masse analogue. Pendant l'examen vomissement abondant contenant des éléments ingérés longtemps auparavant.

Cancers de l'estomac et des ovaires considérés comme inopérables.

Autopsie : Ovaire droit gros comme 2 fois une tête d'enfant, dur, bosselé, avec quelques kystes, aspect spongieux à la coupe. Aspect analogue de l'ovaire gauche mais plus petit. Le pylore est le siège d'une tumeur dure non ulcérée, blanche à la coupe. Quelques ganglions durs et grisâtres ou mous et dégénérés.

Histologiquement : Infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse de l'estomac par des cellules à gros noyaux en traînées épithéliales, quelques formations adénomateuses rares.

Ovaires : Innombrables petits kystes avec tissu conjonctif abondant à noyaux fusiformes. Ces kystes sont tapissés par un épithélium à cellules plates, rondes ou cylindriques avec parfois formations adénomateuses; la cavité du kyste est vide ou contient un liquide homogène avec des cellules plus ou moins dégénérées. En un point on reconnaît que ces kystes sont dus à la dégénérescence de l'épithélium des espaces lymphatiques; les ganglions ont une

structure semblable à celle des ovaires. La structure de l'estomac est très différente.

L'auteur conclut à des tumeurs indépendantes, après avoir discuté la possibilité de la métastase. Papaïoannou, qui rapporte cette observation, en fait un cancer secondaire de l'ovaire.

ROSINSKI, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. XXXV.

OBS. 1. — 41 ans. Réglée à 19 ans. VIIIpare. Depuis son deuxième accouchement, datant de 13 mois, elle n'a eu qu'une seule fois ses règles (il y a 3 mois). Il y a 7 mois qu'elle a remarqué une tumeur abdominale augmentant rapidement, sans douleurs ; elle souffre seulement de l'estomac. Œdème du membre inférieur droit qui a diminué depuis que le ventre augmente davantage. Amaigrissement et affaiblissement rapides.

Examen : Gros ventre. Ascite libre ; à droite, tumeur dure, irrégulière, du volume d'une tête d'enfant, assez mobile. Gros ganglions inguinaux.

Cœliotomie exploratrice. Morte le 9e jour.

Autopsie: Semis sur tout le péritoine et le mésentère, sur la vessie, l'uretère gauche, les 2 capsules surrénales. Rien au foie ni à la rate.

Sur l'estomac au-dessous du cardia à gauche de la grande courbure, tumeur ulcérée à bords infiltrés. Ganglions sur la petite courbure. Noyaux sur le pancréas qui adhère à l'estomac. Tumeurs des ovaires, réniformes, bosselées, avec 2 zones ramollies à la surface et blanchâtres à la coupe.

Métastases pulmonaires et cardiaques.

Histologiquement : Ovaires : structure tantôt fibreuse, tantôt fibro-sarcomateuse et en beaucoup de points : sarcome pur. Traînées et boyaux de cellules endothéliales en une ou plusieurs assises, quelquefois sous forme d'alvéoles ou de glandes ; en plusieurs points on croirait à de l'épithéliome.

Estomac : épithélioma à forme glandulaire, analogue aux cellules que l'on trouve sur l'ovaire.

Il conclut pourtant à des tumeurs indépendantes.

PAPAÏOANNOU, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. XX.

OBS. 1. — 21 ans. A été opérée il y a 2 ans de tumeur abdominale qui fut suivie d'un accouchement prématuré de 8 mois. Grosse tumeur rétro-utérine, peu mobile, dure, irrégulière. Dysurie.

Opération : Adhérences à tout l'intestin. Ablation de l'utérus et de 2 tumeurs annexielles. Infiltration des ganglions rétropéritonéaux surtout à droite de la colonne vertébrale.

Morte de collapsus le lendemain.

Microscopiquement : Tumeur formée de tissu conjonctif avec séries de cellules polymorphes à gros noyaux et nombreuses figures de karyokinèse ; stroma conjonctif et nombreuses formations ressemblant à un endothéliome lymphatique.

L'auteur dit qu'il s'agit certainement d'une tumeur secondaire, probablement à un cancer de l'estomac dont la description manque, ce qui ne permet pas de comparer.

VOIGT, *Arch. f. Gynäk.*, t. XLIX, p. 43.

30 ans. IIpare. Dernières règles : août 1893. A senti remuer en janvier. Souffre du ventre depuis trois semaines; peu d'urines. Femme très amaigrie. Utérus développé comme pour une grossesse à terme. A gauche on sent une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Au toucher il semble que l'on ait affaire à un kyste qui obstrue les voies génitales ; on fait la ponction. Mais l'état devient grave en quelques jours avec symptômes d'anurie. Seconde ponction vaginale du kyste ramène très peu de liquide.

Opération abdominale. Ascite brunâtre, tumeur solide de l'ovaire gauche repoussant l'utérus en avant, adhérente; l'ovaire droit aplati n'est pas normal. Pendant les manœuvres d'extériorisation on voit un membre fœtal qui sort du col dilaté comme

5 francs. Césarienne immédiate, extraction de deux fœtus : 1 garçon et 1 fille, tous deux morts récemment. On fait un Porro. Morte au bout de 9 jours avec signes d'hémorragies.

A l'autopsie : Ulcération allant du pylore à la petite courbure, tube digestif rempli de sang. Hydronéphrose des 2 reins.

Examen des tumeurs ovariques : Traînées de tissu conjonctif, formées de cellules à gros noyaux ; au centre on voit des éléments dégénérés ; en certains points : cavités revêtues de cellules endothéliales, rondes, polygonales ou fusiformes à noyaux volumineux très colorés.

L'auteur fait de ces tumeurs des périthéliomes.

3. — Coexistence de cancers de l'estomac et des ovaires avec un cancer du col de l'utérus.

Josef Gobiet, *Wiener klinische Wochensch.*, janvier 1909.

37 ans. VIpare. Dernières règles en septembre 1907. Pendant toute la grossesse, leucorrhée qui est fétide depuis six semaines. Au cinquième mois elle remarque une tumeur du côté gauche, très douloureuse, qui l'oblige à s'aliter. Dans les deux derniers mois, troubles de la miction. Il y a 12 jours, époque du terme de la grossesse, après 3 heures de douleurs, elle perdit environ 3 litres d'eau ; puis cessation des douleurs pendant 3 jours et reprise mais faibles. Ne sent plus remuer depuis cinq jours.

Actuellement (4 juillet 1908), femme en mauvais état (Pouls à 100 ; T. à 38°1). Au palper : Utérus à terme, enfant mort. A gauche, tumeur dure, bosselée, très mobile, ascite. Au toucher : cancer sténosant du col ; dans le Douglas tumeur dure remontant jusqu'au promontoire.

Opération : Incision du pubis au milieu de la ligne ombilico-xiphoïdienne, 3 litres d'ascite jaunâtre. Ablation d'une tumeur mobile de l'ovaire gauche, puis d'une plus petite de l'ovaire droit, profondément située. Hystérectomie par le procédé de Wertheim, sans ouvrir l'utérus. Résection de l'uretère droit qui est infiltré dans

le ligament large droit, puis réimplantation dans la vessie. Ablation des ganglions iliaques. Ablation de l'appendice dont l'extrémité est infiltrée.

L'examen histologique des ovaires fait par Sternberg donne le type de Krükenberg et fait rechercher le cancer de l'estomac.

Repas d'épreuve, ramène du sang; le liquide ne contient pas d'HCl libre, mais présence d'acide lactique. De plus on palpe à trois travers de doigt et à gauche de l'appendice xiphoïde une tumeur dure, mobile, allongée vers les côtes (palper très facile à cause de la maigreur de la femme). On apprend que la malade souffre de l'estomac depuis trois mois et vomit presque après chaque repas.

A partir du quatorzième jour on fit 25 séances de 15 à 20 minutes de radiothérapie et dès la 5e on constate une diminution de la tumeur, et après 12 séances il n'y a plus qu'une tumeur unie, lisse et molle; au bout de deux mois disparition presque complète, appétit meilleur, augmentation de poids, l'ascite ne s'est pas reproduite; suture opératoire vaginale souple.

Les tumeurs ovariques, utérines et de l'appendice ont le type de l'adénocarcinome avec forme de Gallertcarcinome.

Burdsinsky, cité par Gobiet.

26 ans. Opérée au 5e mois de grossesse pour tumeur maligne de l'ovaire ; grossesse évolue jusqu'à terme mais accouchement impossible par suite de cancer du col. Césarienne avec enfant vivant. Mais la mère mourut 3 jours après. A l'autopsie on trouva un cancer primitif de l'estomac.

Schenk et Sitzenfrey, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. LX.

40 ans. Entrée le 9 décembre 1904. Réglée à 18 ans, dernières règles le 15 novembre. Perd du sang continuellement depuis le 1er décembre. Douleurs dans le ventre, dans les régions ombilicale et épigastrique et dans le dos. Depuis 3 semaines perte d'appétit, vomissement 1 heure après le repas, amaigrissement.

Pas d'ascite, tumeur abdomino-pelvienne à droite ; rien à l'estomac.

Examen du suc gastrique : Acide lactique 0. HCl 10.4. Acidité totale 30.1. Donc pas d'indication de cancer gastrique.

12 décembre. Opération. Un peu d'ascite. Ablation d'une tumeur solide de l'ovaire droit bosselée, grosse comme 2 poings et de l'ovaire gauche qui est gros et dur. On trouve une partie dure sur le pylore, qui est considérée comme un cancer. Pylorectomie.

Sortie le 6 février 1905.

Histologiquement: Estomac : adéno-cancer à forme alvéolaire.

Ovaire : Cancer à cellules analogues à celles de l'estomac et disposition alvéolaire tout à fait semblable.

Cette malade revient 13 mois plus tard, ayant été très bien pendant un an, mais les douleurs, l'anorexie et les vomissements reparaissent depuis un mois. Depuis 4 mois, métrorragies mensuelles considérées par la malade comme des règles. Au toucher, aspect de cancer du col vérifié par une biopsie ; les cellules cancéreuses ressemblent à celles trouvées sur le cancer de l'estomac.

On fit l'hystérectomie abdominale : ganglions iliaques et aortiques envahis jusqu'en haut mais péritoine lisse partout sans récidives dans les régions opératoires.

Suites simples mais la malade mourut cachectique chez elle, quelques temps après.

SITZENFREY, *Prager mediz. Wochenschrift*, 1907, p. 49.

Femme de 60 ans à qui on fit le 13 septembre 1906 une castration abdominale totale pour cancer des ovaires et du corps de l'utérus et chez qui on trouva au cours de l'opération un cancer inopérable de l'estomac. Ce cancer se perfora 7 jours après l'opération et la malade mourut de péritonite.

Sur les ovaires : tissu conjonctif fibreux ou myxomateux avec des cellules épithéliales à tous les stades de la dégénérescence muqueuse, cellules falciformes, cellules en bagues, ou même formations colloïdes par fonte cellulaire ;

Envahissement de toute la paroi de l'utérus jusqu'à la mu-

queuse par des éléments semblables, très abondants; et l'auteur pense que la propagation s'est faite des ovaires vers l'utérus par voie lymphatique.

On reconnut à l'autopsie que le cancer de l'estomac était la tumeur primitive.

4. — Cancer de l'intestin grêle et tumeurs des ovaires.

FERRONI, *La Gynécologia*, 1906, t. III.

20 ans. Réglée à 15 ans. Une grossesse. Depuis 6 mois augmentation rapide du ventre. Douleurs dans l'hypogastre et le flanc gauche.

Rate grosse (malaria). Abdomen augmenté comme pour une grossesse de 6 mois. Une tumeur ronde élastique grosse comme une tête d'enfant mobile, une seconde, grosse comme le poing.

Opération : Un peu d'ascite. Ablation de l'ovaire gauche transformé en tumeur maligne. La seconde tumeur appartient à l'intestin grêle (laissée quoique mobile).

Morte avec météorisme. Ovaire gauche pèse 1.500 grammes est formé par une tumeur mollasse grisâtre à la coupe.

Autopsie: A un mètre du duodénum tumeur sténosante, intestin dilaté rempli de sang noirâtre. Tumeur grosse comme le poing, blanchâtre, mollasse, encéphaloïde avec une ulcération source de l'hémorragie ; plus loin, sur l'intestin, une autre tumeur grosse comme un œuf. Reins gros, ganglions mésentériques augmentés.

Il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire de l'intestin ; de même pour l'ovaire les éléments sont semblables à ceux de l'intestin (prenant l'aspect qu'on aurait pu décrire comme un lymphangio-endothéliome).

LÉOLPOD, *Archiv. f. Gyn.*, 1878, t. XIII.

42 ans. Multipare. Souffre depuis quelques années d'une

tumeur très dure dans le bas-ventre donnant des phénomènes de compression. Morte avec ascite et sarcome métastatique de l'intestin. Les 2 ovaires gros et bosselés forment des tumeurs solides grosses comme une tête d'enfant, à pédicule mince, sans adhérences, ce qui aurait permis l'ovariotomie. Il s'agit de fibro-sarcome des ovaires.

HOFMEIER, *Congrès de Kiel*, 1905.

OBS. 35. — 43 ans. IXpare. Dyspepsie depuis un an. Il y a 6 semaines, douleurs dans le bas-ventre. Troubles de la défécation, gros ventre. Cachexie. Cancer solide des 2 ovaires (le droit le plus gros), bosselés et friables. *Ovariotomie double* : Ascite. Nombreux noyaux dans le Douglas. Morte avec cancer inopérable de l'intestin.

HENRICHS, cité par RATHERT.

Deux cas de cancers des ovaires probablement à la suite de cancer de l'intestin.

KUBO, *Achiv.f. Gyn.*, t. LXXXVII.

Femme opérée de tumeurs de l'ovaire droit qui eut 3 ans plus tard récidive sur l'intestin grêle et lésion de l'autre ovaire. Encore vivante 10 ans après cette opération, mais on sent dans le ventre 7 ou 8 petites tumeurs.

SPIEGELBERG, cité par POUPINEL.

Extirpation d'un kyste ovarique à contenu glaireux. Développement ultérieur de tumeurs dans le petit bassin et d'un carcinome ulcéré de l'intestin grêle.

SCHUSTLER, *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1883.

29 ans. Réglée à 17 ans. 7 accouchements, le dernier il y a 19 mois ; un avortement il y a 4 ans, à la suite duquel elle a commencé à souffrir du ventre et de plus en plus depuis. A remarqué

une tumeur (en mai 1881) grosse comme une pomme, non douloureuse.

En octobre 1881, on constate deux tumeurs abdominales qu'on pense être des cancers ovariques.

Laparotomie : Beaucoup d'ascite. La première tumeur qui se présente est cancéreuse et adhère à la vessie et à l'intestin; on fait résection d'une partie de vessie et de 12 cm. d'intestin; tumeur de l'ovaire enlevée facilement.

Guérison sans récidive au bout de 15 mois. Les deux tumeurs pèsent ensemble 2 kilogrammes. Il s'agissait de cancer médullaire.

Cette observation est rapportée par Schlagenhaufer comme un cancer de l'intestin ; Schulster semble bien indiquer que la résection fut faite à cause de l'adhérence (?).

Le Dentu, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1901. *Épithelioma de l'ovaire droit chez une femme ayant subi une entérectomie il y a 3 ans pour un épithélioma de l'intestin grêle.*

50 ans. Opérée en 1898 d'épithélioma de l'intestin grêle et guérie sans troubles intestinaux.

Histologiquement : Intestin : De la structure normale il ne reste que quelques glandes; en d'autres points, cellules épithéliales polymorphes avec nombreuses mitoses anormales, infiltration de cellules embryonnaires. Tumeur de l'ovaire : 3 lobes dont 2 kystiques. Contenu : soit magma comme un kyste dermoïde, soit liquide brun verdâtre, huileux et avec des bourgeons végétants très vasculaires : microscopiquement : aspect glandulaire polymorphe, épithélioma cylindrique ou plus souvent à cellules polyédriques, stratifiées, nombreux noyaux en mitose.

Un peu de sérosité louche dans le péritoine, mais pas de végétations ni de granulations.

L'analogie de structure et la succession des deux tumeurs

semblent permettre de considérer la tumeur ovarique comme secondaire, pour l'auteur.

SAUTER, *Monastch. f. Geb. u. Gyn.*, 1901.

61 ans. IIIpare. Depuis 3 mois violentes douleurs abdominales surtout à droite, vomissements très fréquents. Très cachectique. Mouvements péristaltiques de l'intestin. A droite et en arrière de l'utérus, tumeur assez dure, grosse comme une orange. On pense à un cancer de l'ovaire avec sténose intestinale.

Opération : Ovaire droit gros comme une petite pomme, non adhérent, est enlevé. Ovaire gauche est laissé avec utérus. Semis sur tout l'intestin voisin. Sur la partie inférieure de l'iléon, tumeur grosse comme un marron. Résection et entéroanastomose. Morte au bout de 12 jours avec des signes de péritonite par perforation.

Sur l'ovaire comme sur l'intestin on trouve des formes d'adénome cylindrique, qu'on peut considérer comme de l'adénocarcinome et, étant donnée la rareté de l'adénome pur de l'ovaire et son aspect ressemblant à celui de l'intestin, il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'une métastase ovarique.

KUBO, *Arch. f. Gyn.*, t. LXXXVII.

41 ans. IVpare: Réglée à 12 ans régulièrement jusqu'à il y a 1 an et demi. Aménorrhée pendant un an, puis de nouveau bien réglée. Douleurs gastriques depuis un mois. Présente une grosse tumeur atteignant l'ombilic, molle, comme kystique.

Opération : Grande quantité d'ascite hémorragique. Ovariotomie droite pour tumeur grosse comme une tête d'adulte, kystique, dont le pédicule est deux fois tordu. Utérus et annexes gauches normaux.

Histologiquement : Aspect sarcomateux, structure parfois alvéolaire; parfois aspect de carcinome avec dégénérescence muqueuse de cellules épithéliales rappelant les cellules en bagues.

Cette malade revint 3 ans plus tard, alors que depuis 2 ans son ventre grossit de nouveau et surtout depuis 5 mois, mais sans douleurs.

Laparotomie : Tumeur du grêle, grosse comme une pomme, et second noyau gros comme une noix. Résection intestinale. Ovariotomie gauche : Ovaire 3 fois plus gros que normalement. Guérison.

Ovaire gauche a le même aspect qu'avait l'ovaire droit enlevé à la première opération. Aspect analogue sur la tumeur intestinale, ce qui fait penser à l'auteur qu'il s'agit d'une greffe intestinale, par suite d'une déchirure au cours de la première opération : la tumeur de l'ovaire étant primitive.

5. — Cancer du gros intestin et tumeurs des ovaires.

Franz Cohn, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1910, t. XXXI.

Obs. 1. — 21 ans. Multipare. Depuis un an garde-robes irrégulières, dures, ovillées. Depuis quelques jours signes d'occlusion (vomissements fécaloïdes) Amaigrissement.

Laparotomie : Ascite hémorragique. Noyaux sur le péritoine. Castration abdominale subtotale avec 2 tumeurs ovariques. On voit alors à l'union du rectum et du côlon sigmoïde une tumeur dure, sténosante ; ganglions dans le mésocôlon et le mésentère. On fixe le cœcum à la paroi pour faire éventuellement un anus cœcal. 8 jours après, signes d'occlusion, ouverture de l'anus artificiel. Morte de péritonite.

Autopsie : Cancer colloïde très typique : adénocancer avec cellules dégénérées, en bagues, atteignant la séreuse sans la dépasser. Ovaires : Type de Krükenberg très net. — Métastase grosse comme une noisette sur la paroi postérieure de l'utérus : même structure.

Ce cas est tout à fait net comme tumeur secondaire, d'après l'auteur, qui pense qu'il s'agit sans doute de greffe par la voie péritonéale.

KAYSER, *Arch. f. Gyn.*, 1903, t. LXVIII.

57 ans. Ménopause depuis 10 ans. Depuis 6 mois a des douleurs surtout lombaires. Femme grasse, examen difficile. Au toucher vaginal on trouve une tumeur à gauche de l'utérus, très adhérente, qui semble venir du bassin. Revient 6 mois plus tard avec des lésions cancéreuses cutanées des cuisses et des aines. Infiltration du vagin. Signes d'occlusion ; à 3 cm. au-dessus de l'anus on trouve un rétrécissement admettant à peine l'index. On fait un anus iliaque.

On pense à un cancer des ovaires avec propagation au rectum ou inversement. La présence, dans les lésions cutanées, d'adénocancer fit croire plutôt à un cancer primitif intestinal. Morte de péritonite généralisée et de cachexie.

Autopsie : Adénocarcinome du rectum propage au vagin, à l'utérus, à la vessie et aux ovaires (même type glandulaire) ainsi qu'au mésentère et à la peau. Il y a de plus un second cancer sténosant au niveau du côlon sigmoïde avec une dilatation au-dessous (entre les 2 sténoses).

Type histologique : adénocancer cylindrique. L'auteur pense que le cancer primitif est celui de l'S iliaque ; puisqu'il y a eu greffe sur les ovaires et propagations lymphatiques multiples.

KOUWER, *Centralb. f. Gyn.*, 1908, n° 26.

44 ans. Bien réglée. Souffre du ventre depuis 3 mois, 2 tumeurs solides à côté de l'utérus, prises pour des fibromes.

Laparotomie : Double cancer des ovaires et cancer du côlon sigmoïde qui oblitère presque complètement la lumière de l'intestin (sans avoir donné de signes de sténose). Résection. Guérison.

BRÜNNER, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907. t. LXI.

61 ans. IIIpare. Ménopause il y a 17 ans. Quelques métrorragies depuis 6 mois ; alternatives de constipation et de diarrhée

et quelques vomissements. Douleurs abdominales surtout depuis 4 mois. Amaigrissemement.

Palper de l'abdomen un peu douloureux. On sent une tumeur médiane dure allant jusqu'au milieu de la ligne ombilico-pubienne ; utérus en avant, repoussé par une seconde tumeur grosse comme une tête d'enfant.

Opération : Hystérectomie totale avec ablation des tumeurs ovariques, la gauche plus petite. Pas d'ascite. Examen des organes abdominaux négatifs; mais en amenant le côlon sigmoïde (pour faire cloisonnement sur drainage vaginal) on y trouve un épaississement circulaire qu'on résèque en le considérant comme un cancer.

Les deux ovaires sont gros comme le poing, solides avec quelques kystes, rouge brun à la coupe. Infiltration cancéreuse de l'intestin surtout sur la muqueuse. Cet aspect doit déjà faire penser que le cancer ovarique est secondaire.

Histologiquement : Intestin : adénocancer typique. Ovaires : cystoadénome papillaire ; aspect typique d'adénosarcome, cellules cylindriques souvent vacuolaires et par place disposition qui ressemble à des glandes de Lieberkühn à cellules caliciformes : cet aspect permet de conclure que ce sont sûrement des métastases.

L'auteur pense qu'il s'agit d'implantation et non de propagation ganglionnaire (les ganglions n'étaient pas gros) non plus que par contact, sans quoi la première localisation serait sur l'ovaire gauche qui alors serait le plus gros, contrairement à ce que l'on a trouvé.

STICKEL, *Arch. f. Gyn.*, t. LXXIX.

OBS. 9. — 41 ans. Morte de péritonite par perforation à la suite d'un cancer du côlon ascendant. Métastases dans le foie, les ganglions mésentériques et les ovaires.

Ovaires gros, ont conservé leur forme, sont durs et présentent parfois petits kystes et noyaux jaune pâle à la coupe.

Histologiquement : Cellules épithéliales dans les mailles d'un

stroma conjonctif; quelques dégénérescences muqueuses du protoplasme. Par place, type d'adénome (boyaux et cavités revêtus de cellules cylindriques ou polymorphes en une ou plusieurs assises). C'est le type de ce qu'on voit dans l'adénome de l'intestin.

Obs. 12. — 44 ans. Amputation des deux seins pour cancer. — A l'*autopsie :* envahissement des ganglions médiastinaux et cervicaux, de la plèvre, du foie. Quelques noyaux sur le mésentère, l'utérus et les ovaires. Sur le côlon sigmoïde, sténose cancéreuse donnant l'impression d'un cancer primitif.

D'après l'examen histologique les tumeurs des ovaires sont considérées comme métastatiques du cancer du sein, le cancer sigmoïde étant un adénocancer primitif. Il y a donc en même temps métastases de plusieurs cancers primitifs.

Richter, cité par Bircher, *Arch. f. Gyn.*, t. LXXXV.

71 ans. Adénocarcinome de l'angle hépatique du côlon, métastases dans les ganglions rétropéritonéaux de la rate. Adénokyste malin de l'ovaire gauche, ovaire droit atrophié. L'auteur pense à des tumeurs indépendantes primitives.

Obs. 80. — 44 ans. Opérée le 17 décembre 1885 de double tumeur solide avec dégénérescence cancéreuse, ascite, noyaux dans le mésentère. Morte le 21 décembre 1885. Infiltration et épaississement du cœcum, de l'S iliaque et du côlon transverse. Mésentère très infiltré.

Heine, *loco citato.*

Obs. 14. — Double kyste papillaire avec dégénérescence maligne.

55 ans. Depuis 6 mois anorexie, douleurs dans le bas-ventre, alternative de constipation et de diarrhée.

Ascite : ponction de 6 litres de liquide sanguinolent, on peut alors palper 2 tumeurs fluctuantes latéro-utérines, avec quelques parties solides.

Laparotomie : Ablation pénible des deux tumeurs ; sur le côté gauche du côlon on voit une plaque cancéreuse longue de 8 centimètres, large de 3 centimètres, qu'on ne peut enlever.

Morte 6 mois après l'opération.

AMANN, *Munsch. mediz. Wochensch.*, 1905, n° 50.

OBS. 2. — Cancer du cœcum retrouvé très difficilement à l'autopsie chez une femme qui présentait des métastases ovariques et quelques gros ganglions rétropéritonéaux.

OBS. 1. — 59 ans. Morte de cancer du côlon. Métastases à forme d'adénocarcinome sur les ovaires.

HEINRICHS, cité par SCHLAGENHAUFER.

26 ans. Grosse masse cancéreuse en chou-fleur des deux ovaires. Cancer du côlon sigmoïde.

KEHRER, *Münch. med. Wochensch.*, 1903, t. II.

OBS. 2. — 54 ans. Opérée en décembre 1901 pour cancer de l'ovaire gauche et ascite. En juillet 1903 : ascite reproduite. Extirpation de l'ovaire droit à peine modifié macroscopiquement et de l'utérus. Sur l'angle gauche du côlon, cancer sténosant qui est probablement le cancer primitif passé inaperçu lors de la 1re opération. Dans l'ovaire droit tumeurs et boyaux cancéreux.

J. A. AMANN, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, t. XXIV.

OBS. 1. — 60 ans. Nullipare. Depuis 7 mois anorexie et amaigrissement ; depuis quelques semaines souffre du ventre et vomissements presque quotidiens. Pas de garde-robes depuis 10 à 14 jours. Ventre météorisé, tumeur assez dure dans la partie inférieure de l'abdomen, accessible du toucher derrière l'utérus, qui est repoussé en avant.

Laparotomie : tumeur gauche grosse comme le poing, tumeur droite comme une tête d'enfant, adhérente à l'appendice épaissi, très adhérentes à l'intestin ; on ne peut les extirper complètement : nombreux noyaux dans l'abdomen.

Autopsie : A l'union du côlon transverse et du côlon descendant, tumeur ulcérée du côté de la muqueuse et constituée par un cancer gélatineux primitif.

Nombreux noyaux blancs métastatiques dans le foie.

Les ovaires ont une structure d'adénocarcinome avec masse gélatineuse (et quelques cavités kystiques) tout à fait semblable à la tumeur intestinale primitive.

BLAND-SUTTON, *The british medical Journal*, 1908, t. I.

OBS. 1. — 64 ans. Volumineuse tumeur de l'abdomen, occlusion intestinale : on pense à une association de deux tumeurs (intestinale et ovarique). *Opération* : Ablation de la tumeur droite et aussi de l'ovaire gauche qui est gros. Tumeur de la région iléo-cœcale : résection et entéro-anastomose. Survie de 14 mois.

Examen microscopique montre que la tumeur ovarique est secondaire à la tumeur intestinale.

OBS. 2. — 32 ans. Cancer de l'ovaire droit ; l'ovaire gauche et l'utérus semblent normaux ; cancer du côlon sigmoïde ; résection et anastomose.

Même structure des deux tumeurs.

BAILLY, cité par POUPINEL, Thèse de Paris, 1885.

Autopsie d'une femme de 60 ans, morte cachectique. Les ovaires sont envahis par de nombreux kystes en formation (10 à 12 sur chaque ovaire). Cancer du gros intestin.

AMANN, *Münchener. gyn. Gesellsch.*, 25 juin 1908.

Kyste bénin de l'ovaire coïncidant avec un cancer du côlon descendant. Ovariotomie : résection du côlon. Guérison.

GUINARD, *Société de chirurgie de Paris*, 14 janvier 1903.

OBS. 12. — Fibrome utérin. Kystes des deux ovaires. Cancer de l'S iliaque. Appendicite. Hystérectomie abdominale subtotale. Ova-

riotomie double. Anastomose sigmoïdorectale. Ablation de l'appendice. Guérison.

45 ans. Vient consulter pour phénomènes d'occlusion, coliques et présence dans les fèces de « glaires sanguinolents et de bourgeons de sang ». Bon état général. Il y a 6 mois, métrorragies abondantes qui ont cessé maintenant.

Opération : Kyste de l'ovaire droit gros comme une tête d'enfant. Kyste gauche comme une orange ; cancer annulaire de l'S iliaque. Anastomose recto-sigmoïde. Guérison opératoire mais tumeur de la fosse illiaque continue à évoluer.

KRAUSS, *loco citato*.

OBS. 4. — Cancer sténosant du cœcum, s'étendant sur l'iléon et le côlon ascendant ; ovaires gros comme le point de même aspect. (Gallertig). Métastases dans le Douglas. Infiltration des ganglions duodénaux et portes. Ictère, ascite. Métastases pulmonaires et lymphatiques.

Ovaires très adhérents remplis de noyaux secondaires dont l'un est gros comme une prune.

Microscopiquement : Epithélium cylindrique avec dégénérescence muqueuse, nombreuses formes en bagues. Aspect de Krükenberg très typique. Même structure dans la tumeur cœcale. Cancer mou (Gallertkrebs).

LÉOPOLD, *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI.

OBS. 8. — Cancer médullaire des deux ovaires, cancer du rein gauche. Rétrécissement cancéreux du côlon descendant.

32 ans. Bien réglée, six enfants, dernier accouchement il y a un an et demi (gémellaire). Depuis souffre dans le côté gauche, vomissements. Mauvais état. Morte de cachexie.

Autopsie : deux tumeurs solides des ovaires, grosses comme une tête d'enfant, pédiculées, formées de tissu conjontif abondant avec quelques points ramollis.

Côlon ascendant et cœcum dilatés comme un estomac. Grosse masse cancéreuse tout le long du côlon descendant envahissant le

rein correspondant. Un petit noyau dans le lobe gauche du foie, qui est petit.

GLOCKNER, *loco citato.*

OBS. 16. — 26 ans. Il y a quelques mois après un avortement ventre grossit ; la femme se croit enceinte et accouche en effet, mais ventre reste gros et augmente rapidement. Amaigrissement.

Examen : Ascite ; hydrothorax ; deux grosses tumeurs malignes mobiles.

Opération : Ablation de la tumeur gauche, peu adhérente, pédiculée, plus grosse qu'une tête d'adulte et d'une tumeur de l'ovaire droit plus petite. On trouve sur l'S iliaque, dont la séreuse est saine, une tumeur grosse comme un œuf et dure. Gros ganglions rétropéritonéaux. Plusieurs noyaux saillants sur le foie.

Morte quelque temps plus tard.

Histologiquement : Ovaires : Cellules cylindriques dégénérées formant quelques cavités kystiques ; par endroits aspect alvéolaire ou glandulaire ; stroma conjonctif infiltré de cellules rondes et souvent œdémateux. Ces figures rappellent le cancer fongueux de l'estomac ou de l'intestin, et l'aspect typique de l'adénocancer vraisemblablement secondaire à la tumeur intestinale.

« Il est intéressant de constater la coïncidence de la grossesse, celle-ci a peut-être été la cause de l'évolution rapide des tumeurs ovariques. »

AMANN, *Munchener gyn. Gesellchaft.*, 25 juin 1908.

Cancer du côlon avec cancer secondaire bilatéral des ovaires. Castration abdominale totale. Résection du côlon. Guérison.

GOULLIOUD, *Lyon Médical*, 1907.

OBS. 1. — 48 ans. Entrée en février 1903 avec signes d'occlusion intestinale grave. On lui fait d'urgence un anus sus-pubien sur le grêle.

Mariée à 25 ans, a eu un enfant à 40 ans. Aménorrhée depuis 7 mois.

6 mars 1903. Extirpation par voie abdomino-périnéale, avec anus terminal iliaque, d'un cancer recto-sigmoïde.

20 mai 1904. Ablation d'une volumineuse tumeur partie solide, partie kystique de l'ovaire droit. Guérison opératoire, mais récidive ovarique le 26 avril 1905. Morte en décembre 1905.

Histologiquement : Epithéliome de l'ovaire à épithélium cylindrique très haut, souvent en plusieurs couches. En certains points épithélium métatypique. Tissu conjonctif abondant. Tumeur ovarique sans rapport avec la tumeur intestinale antérieure.

GOULLIOUD, *Société de Chirurgie de Lyon*, 26 mars 1903.

Cancer de l'ovaire et cancer de l'S iliaque. Ablation simultanée des deux tumeurs, survie de 15 mois.

42 ans. IIpare. Depuis deux mois, métrorragies. Tumeur latéro-utérine droite fixée, peu douloureuse, mal limitée.

Opération : Tumeur s'est rompue en laissant écouler un liquide séro-sanguinolent, ablation de cette tumeur et de l'ovaire gauche. Cancer de l'S iliaque mobile. Résection de 26 centimètres d'intestin (anastomose au bouton de Murphy) et de quelques ganglions mésentériques indurés.

Ovaires : tumeurs kystiques avec végétations molles, friables à l'intérieur. Épithélium cylindrique en plusieurs couches.

S iliaque : Même aspect : cavités bourgeonnantes à cellules cylindriques situées dans la musculeuse et la sous-muqueuse ; ganglions : même épithélium.

Donc : Epithélioma primitif de l'ovaire et généralisation à l'intestin.

CONDAMIN, *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1903.

Résection du cœcum. Tumeur pédiculée intercœcale apparue deux ans après une ovariotomie du côté droit.

22 ans. A 20 ans grossesse. Accouchement normal mais ventre reste gros. Les jours suivants on trouve signes de péritonite

avec 39°2. On pense à torsion d'un kyste ovarique. Un mois plus tard on opère et on enlève, mais pas complètement, un kyste volumineux rompu, très adhérent. Deux ans et trois mois plus tard, douleurs et tumeurs dans la région cœcale. Résection du cœcum, dans l'intérieur duquel on trouve une tumeur pédiculée (implantée à l'origine de l'appendice) non ulcérée.

Tumeur épithéliale du type cylindrique.

Un second examen indique que l'on avait affaire à une tumeur secondaire, généralisation cœcale de la tumeur ovarienne : polymorphisme des éléments épithéliaux, cellules caliciformes, cellules cylindriques à plateau ou ciliées, bandes de cellules cubiques caractéristiques de kyste végétant de l'ovaire.

FROMME, *Congrès de Kiel*, 1905.

57 ans. Opérée d'un cancer de l'ovaire gauche (ovariotomie double) et qui eut 4 ans après des hémorragies intestinales et présenta un cancer du côlon ascendant et de la région iléo-cœcale (probablement cancer secondaire).

Les observations concernant le cancer de l'intestin coexistant avec des tumeurs ovariques sont très comparables à celles qui se rapportent aux cancers gastriques; on y voit : des cas de cancers intestinaux avec des tumeurs bénignes (kystes) ou avec des tumeurs bénignes secondairement dégénérées; des cancers considérés comme indépendants par leurs auteurs ou bien des cancers nettement secondaires des ovaires. On trouve même dans l'observation 62 de Kratzenstein un fait très analogue à l'observation de Walther : Kystes dégénérés d'un côté, tumeur solide de l'autre et même, tumeur fibreuse de l'utérus : la localisation primitive seule diffère.

6. — Cancer du rectum et tumeurs des ovaires.

LOVRICH, *Centralb. f. Gyn.*, 1898.

18 ans. Multipare. Depuis huit mois diarrhée. Fièvre. Ascite. Augmentation du ventre depuis 3 mois.

Laparotomie : Tumeur de l'ovaire droit. Morte 3 mois plus tard.

Autopsie : Cancer gélatineux du rectum. Métastases dans les ganglions rétropéritonéaux, sur le péritoine et sur l'autre ovaire.

Les cancers de l'ovaire étaient secondaires.

SAUTER, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901.

Opérée de tumeur de l'ovaire, grosse comme une tête d'enfant. Morte de péritonite par perforation.

Autopsie : Cancer latent de la partie moyenne du rectum perforé.

Type glandulaire atypique sur les 2 tumeurs. Le cancer du rectum était primitif.

LÉOPOLD, *loco citato.*

OBS. 10. — 24 ans et demi. Un accouchement il y a 2 ans. Souffre du ventre depuis 1 an et demi. Affaiblissement, troubles de la défécation (matières déformées). En février 1869, on remarque tumeur à gauche débordant la symphyse. Cessation des règles en mai. En juillet 1869 on trouve 2 tumeurs : une, à gauche cylindrique, atteignant presque l'ombilic ; au-dessous, près de la symphyse, seconde tumeur indépendante ronde grosse comme le poing.

La paroi postérieure du vagin est infiltrée par une masse dure qui semble appartenir au rectum.

Morte en septembre avec signes d'occlusion.

Autopsie : 1.500 grammes d'ascite claire. Cancer sténosant du rectum avec rectite et ulcération non cancéreuse. Hydronéphrose

du côté gauche. Les 2 ovaires, trois fois gros comme normalement, sont bosselés, non adhérents, remplissent le Douglas.

Microscopiquement : Sarcome fuso-cellulaire des ovaires.

KAUFMANN, *Lehrbuch der speziel. path. Anat.*, 1909.

52 ans. Cancer double de l'ovaire gros comme un œuf de poule. Cancer de la paroi postérieure du rectum envahissant le péritoine.

SPENCER WELLS, cité par POUPINEL.

44 ans. Ovariotomie en décembre 1865. Morte en février 1867 de cancer du rectum.

SPENCER WELLS, *Eodem loco.*

41 ans. Ovariotomie en avril 1865. Morte en 1869 de cancer du rectum.

MAYGRIER, *Eodem loco.*

44 ans. Cancer encéphaloïde et colloïde des 2 ovaires. Cancer squirreux et colloïde du rectum et du vagin. Tumeur secondaire du foie. Avortement provoqué à 4 mois et demi. Morte d'occlusion intestinale.

LUBARSCH, *Ergeb. der allg. Path.*, 1904, t. X.

31 ans. Nullipare. Cancer sténosant du rectum. Kystoadénome de l'ovaire droit.

HEINRICHS, cité par SCHLAGENHAUFER.

42 ans. Cancer des 2 ovaires et du rectum.

GLOCKNER, *loco citato.*

OBS. 17. — 57 ans. VIIIpare. Ménopause depuis 4 ans. Douleurs lombaires et gros ventre depuis quelques mois. Affaiblissement. A souvent remarqué des mucosités dans ses selles.

Tumeur tendue dépassant d'un travers de main la symphyse remplissant tout le Douglas.

Opération : Ascite rouge avec fragments blanchâtres. Tumeur grosse comme deux fois une tête d'enfant (en arrière et à droite de l'utérus) solide et kystique assez adhérente au rectum. Ovaire gauche normal.

Suites compliquées : Fistule intestino-vaginale ; suppuration de la paroi. A sa sortie on trouve tumeur bourgeonnante et ulcérée de la face antérieure du rectum à 8 centimètres au-dessus du sphincter. Elle donne l'impression d'une tumeur primitive.

Examen de pièces : Ovaire gauche atrophié. Ovaire droit : Tumeur kystique multiloculaire, puis parties solides mollasses, homogènes, blanchâtres.

Microscopiquement : Beaucoup de tissu conjonctif, avec de grandes cellules polygonales. Disposition alvéolaire nette.

Tendance à la dégénérescence hyaline ou muqueuse.

Il semble que le cancer du rectum soit primitif et que l'ovaire ait été envahi par continuité ou par voie lymphatique.

HEINE, *loco citato.*

OBS. 7. — Cancer des ovaires et du péritoine.

57 ans. VIIpare. Depuis 6 mois a remarqué une grosseur dans son ventre, sans douleurs, ni pertes. — Léger œdème des membres inférieurs. Ascite. 2 masses bosselées de chaque côté de l'utérus.

Anorexie, quelques vomissements bilieux.

Opération : 6 litres d'ascite jaune clair. Semis blanchâtres sur tout le péritoine. Morte d'occlusion, 20 jours plus tard.

Autopsie : Cancer médullaire des 2 ovaires. Carcinose péritonéale ; rétrécissement du côlon transverse par brides. Sur le rectum, rétrécissement dû à la propagation néoplasique et à de la périmétrite. Nombreuses métastases péritonéales jusque sous la séreuse de l'estomac.

Le cas est rapporté par Schlagenhaufer comme un cancer du rectum (?)

7. — Cancer des voies biliaires et cancer des ovaires.

Griffon et Leven, Cancer des voies biliaires juxta-hépatiques généralisé au péritoine et aux 2 ovaires. *Soc. anat.*, 26 février 1899, p. 202.

59 ans. Entrée le 23 décembre 1898 pour ictère. Il y a un an crises douloureuses avec ictère léger, pendant 4 jours. 7 ou 8 crises analogues dont la dernière le 15 décembre, avec ictère persistant.

Examen : Ictère. Le foie déborde de 3 travers de doigt. Cette malade n'est plus réglée depuis 15 ans mais a perdu un peu de sang depuis son entrée à l'hôpital. Même état pendant 44 jours avec des signes de stase gastrique et ballonnement du ventre.

Opération : Laparotomie exploratrice qui donne 3 litres d'ascite, granulations cancéreuses sur l'épiploon.

Morte le jour même.

Autopsie : Ascite. Granulations sur le péritoine. *Cancer du Cholédoque* remontant sur l'hépatique et un peu sur la cystique et la vésicule. Rien au foie.

Ovaires : Gros, irréguliers, mamelonnés, durs.

Quelques noyaux cancéreux sur les poumons.

Microscopiquement : Transformation colloïde des éléments cellulaires : chaque cellule présente invariablement le même aspect : Vésicule remplie de substance colloïde avec noyau repoussé à la périphérie.

Cancer alvéolaire à cellules atypiques.

Même aspect sur les ovaires.

« Seul le péritoine a été tardivement le siège d'une greffe cancéreuse, véritable granulie carcinomateuse et le processus a alors touché deux organes que leur siège intra-péritonéal désignait pour cette complication : les ovaires. »

Il élimine l'hypothèse de cancer primitif des ovaires.

RUBESKA, cité par SCHLAGENHAUFER.

44 ans. Cancer des deux ovaires et de la vésicule biliaire avec métastases au foie, à l'épiploon, et aux ganglions rétropéritonéaux.

RUBESKA, *Eodem loco.*

49 ans. Cancer de l'ovaire gauche et de la vésicule biliaire ; infiltration des ganglions iliaques, mésentériques et du péritoine.

KRAUSS, *Eodem loco.*

39 ans. Cancer endothélial des deux ovaires. Cancer endothélial du cholédoque et du cystique. Métastases sur le péritoine, la plèvre, le rein, le foie, etc.

KRAUSS, *Eodem loco.*

47 ans. Tumeur maligne des deux ovaires. Cancer des voies biliaires.

KRAUSS, *Eodem loco.*

52 ans. Les deux ovaires sont gros comme des pommes. Cancer de la vésicule biliaire.

HEINE, *Thèse Erlangen*, 1894.

OBS. I. — 41 ans. VIIIpare. Dernières règles il y a un an et demi. Souffre dans les reins et des deux côtés du ventre. Mauvais état général. Dans les hypochondres, on palpe des tumeurs dures, mobiles, grosses comme une tête d'enfant.

Opération : Deux tumeurs grosses comme le poing, mobiles, bosselées, sont extraites facilement. Morte subitement le 3e jour.

Autopsie : Infiltrations des deux poumons et des ganglions abdominaux. Noyaux dans le foie. Masses néoplasiques dans le pancréas. Les voies biliaires sont infiltrées de masses néoplasiques. Cancer double des ovaires.

RHEIN, *Thèse Greifswald*, 1898. OBS. 1.

Examen de pièces d'autopsie : grosses masses cancéreuses dans les ovaires et le foie.

Les deux ovaires forment des tumeurs bosselées, avec quelques petits kystes : tissu conjonctif abondant avec peu de noyaux, cavités kystiques à contenu muqueux, renfermant des cellules dégénérées et tapissées d'un épithélium cylindrique.

La vésicule biliaire présente l'aspect d'un cancer primitif à épithélium pavimenteux analogue à un cancroïde cutané ; elle contient des calculs.

L'auteur pense qu'il y a eu deux cancers indépendants.

ROTHENBERG, Thèse Heidelberg, 1893.

OBS. 4. — 42 ans, VIIpare. Depuis le dernier accouchement survenu il y a 10 semaines, le ventre reste gros; pas de douleurs.

On trouve deux tumeurs annexielles accessibles au toucher et au palper.

Opération : 5 litres d'ascite brunâtre. Ablation des deux tumeurs.

Nombreux noyaux sur tout le péritoine. La vésicule biliaire est dégénérée, forme une tumeur grosse comme une petite pomme.

Les ovaires sont du sarcome myxomateux.

ROTHENBERG, *Eodem loco.*

OBS. 6. — 47 ans. Xpare. Depuis quelques semaines le ventre grossit rapidement. On trouve deux tumeurs pelviennes mobiles, avec de l'ascite.

Opération : le 15 mai 1893. 5 litres d'ascite ambrée. L'ovaire droit est beaucoup plus gros que le gauche. Pas de métastases péritonéales. La vésicule biliaire épaissie contenant des calculs, on fait une cholécystostomie.

Morte de péritonite.

Il s'agissait d'un sarcome de l'ovaire à petites cellules et d'un carcinome de la vésicule biliaire.

EULENBURG, *Encyclopédie*, 1886, t. V.

P. 700. « J'ai eu occasion d'observer personnellement le cas d'une femme encore jeune, à qui j'avais enlevé un cancer de l'ovaire et qui revint quelques mois plus tard avec de l'ascite et mourut.

« A l'autopsie, le péritoine et en particulier le pédicule de l'opération étaient absolument libres, mais la vésicule biliaire était infiltrée de cancer qui avait causé la mort. »

JACOBY, *Th. Greifswald*, 1890.

OBS. 1. — Cancer de la vésicule biliaire, cancer métastatique du foie et du péritoine. Fibrome des deux ovaires.

Pièces d'autopsie d'une femme de 50 ans : les deux ovaires ont le volume d'une tête d'adulte, formés d'un tissu blanchâtre, mou, œdémateux ou myxomateux.

Au microscope : au milieu du tissu conjonctif on trouve des cellules épithéliales; par places, il y a des cavités kystiques contenant le produit de la dégénérescence muqueuse des cellules épithéliales.

Le cancer de la vésicule est à cellules cylindriques.

L'auteur, malgré cet aspect qui nous semble caractéristique, pense que les lésions ovariques sont des tumeurs bénignes, primitives.

DELORE, *Lyon médical*, 7 mars 1909.

42 ans. Opérée de cancer double des ovaires et de cancer de la vésicule biliaire propagée au foie. L'examen histologique ne permit pas d'affirmer si la lésion ovarique était secondaire.

GOULLIOUD, *Lyon médical*, 1907.

OBS. IV. — Cancer de l'ovaire au cours d'un cancer des voies biliaires. Ovariotomie avec récidive rapide.

40 ans, 1pare. Souffre en janvier 1903 de douleurs dans l'hypochondre droit, que l'on considère comme des coliques hépatiques.

En mai, on trouve une tumeur ovarienne, non douloureuse, du volume d'une tête fœtale ; tumeur de l'ombilic rappelant un envahissement de cancer de l'estomac. Douleur et résistance à l'hypochondre droit.

Opération : Un peu d'ascite. Ablation de deux kystes ovariques à contenu gélatineux. Omphalectomie. Vésicule biliaire dure, lardacée, blanchâtre. Plusieurs noyaux dans le foie.

Morte en novembre 1903 avec ictère et signes de péritonite cancéreuse.

Il s'agissait d'un épithélioma kystique des ovaires et probablement d'un épithélioma primitif du foie.

Ernst Cohn, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1886, t. XII.

Obs. 43. — 53 ans. Ovariotomie double pour kystes cancéreux. A l'autopsie, envahissement de tout le péritoine. Le foie et la vésicule sont recouverts de masses cancéreuses.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Albertin, Fibrosarcome de l'ovaire, *Soc. de Chirurgie de Lyon* 18 juin 1908.

* Alfieri, Sarco-cisto-carcinoma dell'ovaio. *La Ginécologia*, 1909. VI, f. 13, 15 juillet.

Amann (J.-A.)., Ueber secundäre Ovarialtumoren. *Münsch. mediz Woschf.*, 1905, n° 50, p. 2414. — Weitere Beobachtungen von secundären ovarialtumoren. *Monatsch f. Geb. u. Gyn.*, 1906, t. XXIV, p. 397. — *Congrès de Kiel*, 1905.

Amann, *Kurzgefasstes Lehrbuch der microscopischen Gynækologischen Diagnostic*, Wiesbaden, 1897, p. 156.

Amann, junior, Ueber Ovarialsarkome, *Archiv f. Gynk.*, 1894, t. XLVI, f. 3, p. 484.

Apelt, Ueber die Endotheliome des Ovariums. *Beiträge z. Geb. u. Gyn.* (*Hegar's Beiträge*), 1901, t. V, p. 367.

Bériel, *Éléments d'anatomie pathologique*, Paris, Steinheil, 1910, p. 496.

Billroth, *Deutsche Chirurgie*, Lief. 41.

Bircher, Combination von Ovarialcarcinomen mit anderen Geschwülsten (Multiplicität der Genitaltumoren) *Arch. f. Gynäk*, t. LXXXV, f. 2, p. 435.

Bland Sutton, On secundary (metastatic) carcinom of the ovary, *British Méd. Journal*, 26 mai 1906, p. 1216.

Bland Sutton, Cancer of the ovary. *British. Méd. Journal*, 4 janvier 1908, p. 5.

Bode, *Centralblatt. f. Gynäkologie*, 1895, p. 656 et 1896, p. 45.

Borst, Inaug. Diss. Würzburg, 1897.

(1) Le signe * désigne les indications bibliographiques que nous n'avons pas pu contrôler.

Bourgouin, *Étude clinique de quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente.* Thèse Paris, 1893-1894.

Borrmann, *Das Wachsthum und die Verbreitung des Magencarcinom*, Yena, 1901.

Bret et Paviot, *Revue de Médecine*, 1894, p. 394.

Brinton, *Krankheiten des Magens*, Würzburg, 1862.

Brouha, Constitution à l'étude des endothéliomes de l'ovaire. *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1900, p. 435.

Brückner, De l'endothéliome et l'ovaire. *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1901, p. 459.

Brünner, Doppelseitiges metastatisches ovarialkarzinom bei primärem Karzinom des Flexura sigmoïda. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907; t. LXI, f. 1, p. 128.

Brunhs, Ueber die Lymphgefässe d. weibl. genitalien. *Arch. f. Anat. u. Phys.* (Anat. Abtheilung), 1898, p. 57.

Bücher, Beiträge zur Lehre vom Carcinom, *Beitrage z. pathol. Anat. u. zur allgs. Path.* (Ziegler), t. XIV, p. 71.

Bücher, Traduction française : par Augier et Van Ermengen, Bruxelles.

Burckhard, Ueber cystische Eierstockstumoren endothelialer Natur, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. XL, p. 253.

Buday, *Pester méd. Chir. Presse*, 1900.

Carmalt, *Virchow's Archiv.* 1872, t. LV, p. 481.

Chiari, Hämatogene Neoplasmametastasen in weiblichen Genitalapparat. *Wiener Klinisch. Wochensch*, 1905, n° 9.

Cohn (Ernst), Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1886, t. XII.

Cohn (Franz), *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1910, t. XXXI, p. 333.

Cohnheim, *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*, Berlin, 1877, t. I, p. 690.

Cohnheim, Krebsmetastasen des Magens. *Virchow's, Archiv.*, Berlin 1867, t. XXXVIII, p. 142.

Condamin, *Société de Chirurgie de Lyon*, 1903, pp. 114 et 137.

Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, Paris 1864, t. V, p. 75.

Dartigues, *Étude étiologique des tumeurs solides de l'ovaire*, Thèse Paris 1899 et *Revue de Gynécologie* 1899, pp. 601 et 793.

Dittrich, Die Krebsige Erkrankungen des Magens. *Prager Vierteljahrschrift*, 1848, t. I, p. 1.

Dixon Jones (Mary), A hitherto undescribed disease of the ovary. *New-York Méd. Jour.*, 28 septembre 1889.

Dobratvorski (Marie), *Contribution à l'étude des tumeurs solides bilatérales de l'ovaire.* Thèse, Paris, 1902-1903.

Dreyfus, *Tumeurs malignes primitives de l'ovaire*, Thèse, Paris, 1906-1907.

Eichbaum, *Uber multiplen primärcarcinomen*, In. Diss. Greifswald, 1904.

Eiselberg, Zur Casuistik der Resectionem und Enteroanastomosen am Magen und Darmcanale. *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1897, t. LIV, p. 568.

Engelhard, *Zur Diagnose der ovarialtumorem*, In. Diss., Jena, 1888.

Engelhorn, Uber das gleichzeitige Vorkommen von malignen ovarialtumoren und Magenkarzinom. *Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. XI, p. 289.

Espelet (J.), *De l'Endotheliome de l'ovaire*, Thèse, Bordeaux, 1906-1907, n° 121.

Eulenburg, *Encyclopedie*, 1886, t V, p. 700, article : Eierstock.

Ferroni (E.), Sarcoma dell'intestino e tumore maligno metastatico dello ovaio. *La ginecologia*, an. III, fasc. 15, p. 449, 1906.

Flaissier, *Contrib. à l'étude de la coexistence du cancer double du l'ovaire et du cancer de l'estomac*, Thèse Lyon, 1908-1909, n° 125.

Fleischmann et Temesvary, *Centrabl. f. Gynäk.*, 1896, p. 882.

Freund (H. W.), Uber die Behandlung secundärer Eierstocksgeschwülste, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, t. XVII, p. 140.

Fritsch (H.), Maladies des femmes. Traduction Stas, Paris, 1902.

Fromme, *Congrès de Kiel*, 1905.

*Garttner, *Diffuser Scirrhus des Magens.* In. Diss., Tübïngen, 1878.

Gebhard, *Küstner's Kurzes Lehrbuch der gynäkologie*, Jéna, 1901, p. 284.

Geipel, Dermoïd kompliziert durch Karzinomatöse Degeneration *Zentralb. f. Gyn.*, 1906, n° 34, p. 958.

Glockner, *Centralblatt f. Gynäk.*, 1903, p. 802. — *Arch. f. Gynäk.*, 1904, t. LXXII, p. 410. — *Arch. f. Gynäk.*, 1905, t, LXXV, p. 49.

Gobiet (Josef), *Wiener klin. Wochensch.*, 1909, n° 4, p. 121.

*Godart, Endothéliomes des deux ovaires. *Mouv. hyg.*, Bruxelles, 1903, p. 169.

Gottschalk, Metastatisches Ovarialkarzinom bei primären Pyloruskarcinom. *Centralb. f. Gyn.*, 1901, p. 1287.

Goldenberg, *Beiträge zur Frage der primären multiplen bösartigen Neubildungen*, In. Diss. Giessen, 1903.

Goullioud, *Soc.de Chirurgie de Lyon*, 1903,p. 123.— *Revue de Gynécologie*, 1902. — *Lyon médical*, 1907. – *Revue de Gynécologie*, 1907

Grawitz, Uber Krebsmetastasen in Magen. *Virchow's Archiv*, 1881, t, LXXXVI, p. 159.

Griffon et Leven, Cancer des voies biliaires juxta-hépatiques généralisé au péritoine et aux 2 ovaires. *Soc. anatomique*, 24 février 1899, p. 202.

Guinard (Aimé), *Soc. de chirur. de Paris*, 14 janvier 1903.

Guinard (Urbain), Thèse, Paris 1897-1898.

Haacke, *Uber Geschwulstbildunger endothelialen Ursprungs in einem Ovarialkystom*.Inaug. Diss., Halle 1901.

Haberlein, Verbreitung und Aetiologie des Magenskrebses. *Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin*, 1888-1889, t, XLIV, p. 460.

V. Hansemann, Die gleichzeitige Vorkommen verschiedenartiger Geschwülste bei derselben Person. *Zeitsch.f. Krebsforchung*, Iéna 1904, t. I.

Hartmann, *Ann. de Gynécologie*, mai 1905, p. 282, et *Ann. de Gynécologie et d'obst.*, oct. 1910, p. 599.

Heine, *Uber solide Ovarialtumoren*. In. Diss. Erlangen, 1894.

Heinsius, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t, XLV.

Hertz, Ein Fall von Sarcom beider Ovarien. *Virchow's Archiv*, t, XXXVI, p. 97.

Hofmeier, Congès de Kiel 1905, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, Leipzig, 1906, p. 262.

Huchtinson, *Philad. med. Times*. t. I, 13 avril 1871.

Johannovsky, Zwei Fälle von Carcinom ovarii bilaterale, *Prag. med Woch.*, 1877.

Jacoby, *Uber doppelseitige Myome der Eierstöcke bei gleichzeitiger geschwülstbildung anderer Organen*. In. Diss. Greifswald, 1890.

Kappeler, Meine Erfahrungen über Magenresection wegen Carcinom. *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie.*, 1902, t. LXIV, p. 247.

Kaufmann, *Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie*, Berlin, 1901, p. 301.

Kaufmann, Uber Multiplicität des primären Carcinom. *Virchow's Archiv.*, 1879, t. LXXV, p. 317.

Kaul, *Uber ein Fall von secundären Ovarialkarzinom*. In. Diss. München, 1906.

KAYSER, *Berliner klin Wochensch.*, 1902, n° 36. — *Arch. f. Gynäk.*, 1903, t. LXVIII, p, 576.

KEHRER, Metastatische Ovarialkarzinome. *Münsch. Med. Woch.*, 1903, t. II, p. 1853.

KEHRER, *Die physiologischen und pathologischen Beziehungen der weibl. Sexualorgane z. Tractus intestinalis u. bes. z. Magen*, Berlin, 1905, p. 196.

* KÖSTER, Ett myl fall af cancer ventriculi. *Upsala lakareförme forhandhunger.*, 1890, p. 569.

KÖTSCHAU, *Centralblatt. f. Gynäk.*, 1896, n^{os} 44, et 1897, n° 21, p. 627.

KOUWER, Double cancer des ovaires et cancer du côlon sigmoïde. *Centr. f. Gyn.*, 1908, n° 26, p. 849.

KRATZENSTEIN, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIV, p. 61.

KRAUSS, Uber das Zusammenkommen der Krebsmetastasen in Ovarium bei primären Krebsen eines anderes Bauchorganes. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XIV, p. 1.

KRÜKENBERG, Fibrosarcoma carcinomatodes. *Arch. f. Gyn.*, 1896, t. L, p. 287. — Beitrag zur Kenntniss der Perithelioma ovarii. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. XXXXI, p. 473.

KRŒNLEIN, *Korrespondenzblatt. f. Schweizeräzte.*, t. XXI.

KUBO, Uber das Lymphangioendothelioma ovarii. *Arch. f. Gyn.*, t. LXXXVII, f. 3, p. 664.

LADOUCE, *Contrib. à l'étude du sarcome de l'ovaire.* Thèse Paris, 1890.

LAMPARTER, *Uber combination maligner Ovarialtumoren mit Magenkarzinom.* In. Diss, Tubingen, 1901.

* LANGE, *Uber den Magenkrebs und seine Metastasen.*, In. Diss., Berlin, 1877.

LANELONGUE, *Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie*, Paris, 1898.

LANGLAIS, Cancer de l'estomac à marche lente. *Lyon méd.*, 1902, t. I, p. 864.

LANNOIS, Cancer simultané du pylore et des ovaires. *Lyon méd.*, 1896, t. LXXXIII, p. 519.

LAROYENNE, Double sarcome de l'ovaire. *Prov. méd.*, 1893, n° 13.

LAROYENNE ET BOSQUETTE, Coexistence d'un néoplasme des ovaires et d'un néoplasme de l'estomac. *Lyon méd.*, 1908, p. 714.

LE DENTU, Epithéliome de l'ovaire droit..., épithélioma de l'intestin grêle. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1901, p. 351 et 628.

Lejars, Les signes à distance des cancers abdominaux. *Semaine Méd.*, 20 juillet, 1910, n° 29, p. 340.

Lenormant, Les métastases pelviennes des cancers de l'abdomen supérieur. *Presse Médicale*, 29 octobre, 1910, p. 810.

Léopold, Die soliden Eierstocksgeschwülste. *Arch. f. Gyn.*, 1874, t. VI, p. 189 et 248. — Doppelseitiges Ovarialkarzinom. *Arch. f. Gyn.*, 1878, t. XIII, p. 155.

Leriche, *Des résections de l'estomac pour cancer*. Thèse Lyon, 1905-1906.

Lévi et Claude, Cancer colloïde du pylore. Résection stomacale. Récidive au bout de 8 mois. Généralisation au péritoine et aux ovaires. *Soc. anat.*, mai, 1895, p. 437.

Lewishon, *Berlin. Klin. Woch.*, 1909, n° 24.

Linck, *Ein Fall. v. endothélioma lymphaticum kystomatosum beider Ovarien*. In. Diss. Königsberg, 1900.

Lovrich, *Centralb. f. Gynäk.*, 1898, p. 606.

Lockyer, *Trans. of the Obst. Soc. London*, 1904, t. XLVI, pp. 230 et 349.

Lubarsch, *Correspondenzblatt. f. Schweizerärzte*, 1891, t. XXI, p. 502. — Multiplicität der Carcinom in *Lubarsch. Ergebnisse*, Jahrg., X.

Manzoni, Cistocarcinoma ovarico bilaterale. Carcinoma pylorico. — *Gazetta med. lombarda*, 1897, p. 349.

* Macdonald, *Edimburg Med., J.*, octobre-novembre 1881.

Marchand, Beiträge z. Kenntniss der Ovarialtumoren, *Abhand. d. Naturforschergesellschaft*, 1879, t. XIV, p. 3.

Martin, *Handbuch der Krankheiten des Weiblichen Adnexorganen*, 1899.

Michelsohn, *Zum Multiplicität der primären Carzinome*, In. Diss. Berlin, 1889.

Mickulicz, Bericht über 103 operationen am Magen, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1896, t. LI, p. 9.

* V. Mengerhausen, *Ueber carcinom des Ovariums mit Anschluss des carcinomatosen Kystoms*. In., Diss.

Mériel, Les tumeurs solides de l'ovaire. *Rapport au VI^e^ Cong. de Gyn., d'Obst., et de Pæd. de Toulouse*, septembre 1910.

Monod, Néoplasmes associés. — *Société de Chirurgie de Paris*, décembre 1902, p. 1289.

* Montanelli, A proposito della structura pseudotheliomatosa

dei cacinoma secondari dell'ovaio, *La Ginecol*, 1909, t. VI. p. 17.

Müller, Ueber Karzinom und Endotheliom des Eierstocks, *Arch., f. Gynäk.*, 1892, t. XLII, p. 403.

Nadig, *Ueber Carcinommetastasen in beiden ovarien.* In. Diss. Zurich, 1900.

Nehrkorn, Multiplicität primären malignen Tumoren. *Münch. med. Wochensch.*, 1901, p. 581.

Olshausen, Die Krankeiten der Ovarien, *Deutsche Chirurgie*, Lief., 58.

Olshausen, Impfmetastasen der Carcinome. *Deut. med. Wochens.*, 1902, n° 42, p. 750.

Omori, *Klinische und anatomische Beträge zur Lehre von metastatischen Eierstockskrebs.* In., Diss., Würzburg, 1904.

Orthmann, Doppelseitiges Fibrosarcom der Ovarien. *Zeits., f. Geb. u. Gyn.*, t. LXIII, f. 1., p. 127.

Ozenne, Cancer latent de l'estomac avec perforation. Cancer des ovaires. *Soc. anat.*, 23 avril 1880, p. 297.

Palmer, Pelvic transplantation metastasis as a means of recognition of hopeless abdominal carcinoma. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, février 1910, p. 154.

Papaïoannou, Zur Kenntniss der endothelialen und metastatischen Ovarialtumoren. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. XX, p. 802.

Petrina, Ueber Carcinoma peritonei. *Prager Viertelj. f. prak. Heilk*, 1872, t. CXIV, p. 11.

Pfannenstiel, Ueber Carcinombildung nach Ovariotomien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, t. XXVIII, f. 2. — *Congrès de Kiel*, 1905, in *Verhand de D. Gesselsch. f. Gynäk.*, 1906, p. 205. — *Handbuch von Gynäkologie* (von Veit), t. III. p. 353. — *Arch., f. Gynäk.*, t. XLVIII.

Pick, Zur Symptomatologie und Prognose der Sarkome des Eierstocks. *Centralb. f. Gynäk.*, 1894, n° 39, p. 940.

Die von den Endothelien ausgehenden Geschwülste des Eierstocks. — *Berliner Klin. Woch*, 1894, n°s 45 et 46.

Picqué, *Société de Chirurgie de Paris*, 1899.

Polaillon, *Maladie des femmes*, 1901, p. 707 et 718.

Polano, Ueber Pseudoendotheliome des Eierstocks. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, t. LI, f. 1. — Beiträge zur Anatomie der Lymphbahnen, in menschlichen Eierstock. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, pp. 281 et 466. — Der Magenkrebs und seinen Beziehungen zur Geburts-

hilfe und Gynäkologie. *Wurzbürger Abhandlungen aus Gesamtgebiete der prakt. Medizine* 1904, t. VI, p. 335. — Zur Enstehung maligner Bauchdeckentumoren nach Entfernung gutartiger Eierstocksgeschwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, t. LVI, f. 2, p. 416. — Experimentelle Untersuchungen über die Durchlässigkeit des Eierstocksepithels für Korpusculäre Elemente. *Zentralb. f. Gyn.*, 1907, n° 26, p. 784.

Potherat, De la pluralité des néoplasmes abdomino-pelviens chez la femme, *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1er avril 1903, p. 367.

Pozzi, *Traité de Gynécologie*, Paris 1907, p. 1033.

Prochownick, Tumeur solide métastatique de l'ovaire et cancer de l'estomac. *Centralb. f. Gyn.*, 1907, n° 9, p. 272.

Pusateri, *Cancers primitifs multiples. La clinica chirurgica*, 1910, t. XVIII, n° 4, p. 953.

Quénu, *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1901 (à propos de la communication de Le Dentu).

Rathert, In. Diss., Greifswald, 1901.

Renz, *Zur casuistik der Sarcome der Ovarien*, In. Diss., Tübingen 1891.

Rhein, *Ueber zwei Fälle von primären Carcinomen beider Ovarien*, In. Diss., Greifswald, 1898.

Ricard, *De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille*, Th. Paris, 1884-85.

Richter, Zur casuistik der multiplen primären Carcinome, *Wien. Klin. Woch.*, 1905, n° 33.

Robischon, *Ueber ovarialcarcinom nebst Miltheilung zweier Fälle von Solchen*, In. Diss. Greifswald, 1895.

Rokitansky, *Pathog. Anatomie*, t. III, p. 431.

Römer, Ueber scheinbar primäre, in Wirckligkeit metastatiche Krebserkrankung der inneren Geschlechtsorgane bei Tumorbildung in Abdominalorganen, *Arch. f. Gynäk*, 1902, t. LXVI, p. 144.

Rosenstirn, Zur Frage der Krebsmetastasen in den Ovarien und in cavum Douglasii, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1910, t. XCII, f. 3, p. 794.

* Rubeska, Sur la complication des tumeurs malignes des ovaires avec cancers primaires des autres organes abdominaux. *Sbornik lékarsk.*, Prague, 1891.

Rothenberg, *Maligne Ovarialtumoren*, In. Diss. Heidelberg, 1893.

Sandrock, *Zur Histologie und Genese der sogenannten Krükenbergschen Ovarialtumoren*, In. Diss., Göttingen 1906.

Sauter, Ueber ein secundäres. Adenom des ovariums, *Monat f. Geb. u. Gyn.*, 1901, p. 776.

Scharlieb (Mary. A.), On the proportion of Malignant to innocent Ovarian growts, fondend on a series of 150 Cases, *Procedings of the roy. Soc. of. Med.* (Sect. obst. a. gyn.) feb. 1910, t. III, p. 85.

Schauta, Ovarial-und Magenkrebs. *Centralb. f. Gyn.*, 1907, p. 112.

Schenk, Primärer Krückenberg'schen Ovarialtumor *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. LI, f. 2, et *Centralb. f. Gyn.*, 1904, p. 638. — Neue Beiträge zur Kenntniss der metastatischen Ovarialtumoren, *Prag. med. Woch.*, 1907, pp. 12 et 36.

Schenk und Sitzenfrey, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, t. LX, p. 392, et *Semaine Médicale*, 13 janvier 1909.

Schimmelbusch, Ueber multiples Auftreten primärer Karzinome, *Arch. f. Klin Chirurgie*, 1889, t. XXXIX f. 4 p. 860.

Schlagenhaufer, Ueber das metastatische Ovarialcarcinom nach Krebs des Magens, Darms und anderer Bauchorganen, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XV, p. 485.

Schmorl, *Centralb. f. Gyn.*, 1906, n° 2, p. 61.

Schneider, *Zur casuistik der operablen Ovarialcarcinome*. In. Diss. Marburg, 1891.

Scholz, *Ueber Magenkrebse in jungendlicher Alter*, In. Diss. Breslau, 1886.

Schrader, *Beitrag zur Statistik des Magenkrebses*, In. Diss. Göttingen 1886.

Schröder, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, Leipzig 1881.

Schüstler, Carcinom beider Ovarien. *Wien. med. Wchft.*, 1883 n^{os} 2 et 3 pp. 38 et 67.

Sitzenfrey, Secundarer Gallertkarzinom des Uterus bei primären Magen-und secundärer beiderseitiger Ovarialkarzinom, *Prag. Med. Woch.*, 1907, p. 49.

Sitzenfrey, Metastatische Carcinomerkrankung der Ovarien, *Mittheil aus. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1908, t. XIX, f. 2, p. 372.

De Snoo, Metastatisches Ovarialkarzinom, *Centralb. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, n° 46, p. 1446.

Sönnichen, *Beitrag zur Statistik des Magenskrebses*, In. Diss. Kiel, 1892.

Souligoux et Deschamps, Tumeurs épithéliales des ovaires consécutives à un cancer de l'estomac, *Soc. anat.*, 1901, p. 287.

Stauder, Uber Sarkome des Ovariums. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XLVII, p. 357.

Sternberg, *Centralb. f. Gyn.*, 1906, p. 733.

Stickel, Uber doppelseitige metastatische Ovarialkarzinom. *Arch. f. Gynäk.*, t. LXXIX, f. 3 ou *Centrabl f. Gynäk.*, 1907, p. 275.

Sturzenegger, *Beiträge zu Krebsmetastasen.* In. Diss., Zürich, 1892.

Switalsky, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, f. 4, p. 386.

Teichmann, *Uber maligne Ovarialtumoren*, In. Diss. Jena 1887.

Temesvary, Beiträge zur Pathologie der Ovarialsarkome. *Verhand. d. deutsch Gyn. Gesell.*, 1895, t. VI, p. 746.

Thede, *Die Erfolge der Laparotomie bei malignen Geschwülsten der Abdominalorgane insbesondere der Ovarien.* In. Diss., Kiel 1892.

Tiburtins, *Uber Kombination von Carcinom ovarii und ventriculi.* In Diss. Königsberg, 1899.

Tignel, *Cancers primitifs multiples.* Thèse, Lyon, 1902-1903, n° 174.

Tixier, *Lyon médical*, 1909.

Trekaki, Cancer de l'estomac. Cancer secondaire du péritoine, des ovaires et de l'utérus. *Soc. anat.*, 1890, p. 241.

Tripier, *Anatomie pathologique*, p. 922.

Tuffier, *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie de Paris*, 9 mars 1898.

Vautrin et Hoche, Les fibromes de l'ovaire. *Revue de gynéc.*, 1909, t. XIII, n° 4, p. 391.

Vignes, *Carcinome de l'ovaire.* Thèse, Bordeaux. 1894-1895.

Virchow, *Die Krankaften Geschwülste.* Berlin, 1864-1865. (traduct. Aronshon) *Pathologie des tumeurs.* Paris, 1869, t. II, p. 363.

Voigt, *Arch. f. Gyn.*, 1894, t. XLVII.

— *Arch. f. Gyn.*, 1895, t. XLIX.

Wagner, Zur Histogenese der sogenannten Krükenberg'schen Ovarialtumoren, *Wien. Klin. Woch.*, n° 20, 15 mai 1902.

Wagner, *Centralblatt f. Gyn.*, 1906, p. 752 (obs. de Sternberg).

Waldeyer, Die Entwicklung des Carcinoms, *Virchow's Archiv.*, t. XLI, p. 495, et t. LV, p. 130.

Walther, Cancer de l'estomac avec métastases sur les deux ovaires et l'utérus. *Assoc. française pour l'étude du cancer*, 20 juin 1910.

Walther, Uber das multiple Auftreten primären bösartigen Neoplasmen. *Arch. f. Klin Chirurgie*, 1896, t. LIII.

Weissblum, *Uber primäre und secundäre Magensarcome.* In Diss. Greifswald, 1886.

Weyl, Magenkarzinom und Ovarialtumor. *Central. f. Gyn.*, 1906, t. II, n° 38, p. 1054.

Wiedersheim, *Uber ein Fall von Endotheliom ovarii.* In. Diss., Freiburg, 1900.

Wilde, *Uber das Vorkommen des Krebses bei jugendlichen Individuen.* In Diss., Kiel 1892.

Zahn, *Virchow's Archiv.*, 1889, t. CXVII, p. 30.

* Zangemeister, Uber Sarcome des Ovariums. *Beiträge z. klin. Chirurgie*, t. XVI, f. 2.

CONCLUSIONS

I. Les cancers digestifs et en particulier de l'estomac sont susceptibles de créer des métastases ovariques.

Un grand nombre de cancers doubles des ovaires sont secondaires aux cancers digestifs.

II. Ces cancers secondaires ont souvent un aspect très spécial qui permet de les reconnaître même au cours d'une opération avant l'examen histologique.

III. Leur structure les a souvent fait confondre avec des sarcomes ou des fibromes de l'ovaire. Mais on y rencontre au milieu du tissu conjonctif abondant des cellules épithéliales modifiées très caractéristiques.

IV. Le type de ces tumeurs est la tumeur dite de Krükenberg; mais on peut retrouver dans la métastase la même structure que dans le cancer primitif.

V. Certains kystes bénins de l'ovaire peuvent présenter des lésions cancéreuses superficielles en rapport avec un cancer digestif primitif.

VI. La métastase se fait probablement par l'intermédiaire du péritoine par greffes de cellules cancéreuses.

VII. L'état d'activité fonctionnelle de la glande génitale favorise la greffe.

VIII. Le contraste qui existe souvent entre la petitesse

du cancer primitif et le volume assez considérable des tumeurs ovariques fait que la lésion initiable passe souvent inaperçue.

IX. La connaissance de ces cancers secondaires doit conduire à ne jamais opérer une tumeur surtout bilatérale des ovaires sans examiner attentivement le tractus gastro-intestinal.

X. Il faut de même surveiller soigneusement les ovaires chez les femmes atteintes de cancer de l'estomac ou de l'intestin.

XI. Les cancers secondaires des ovaires sont relativement fréquents pour qui les recherche, leur diagnostic précis est facile quand on y pense.

Vu :
Le Président de la thèse,
PAUL BAR.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

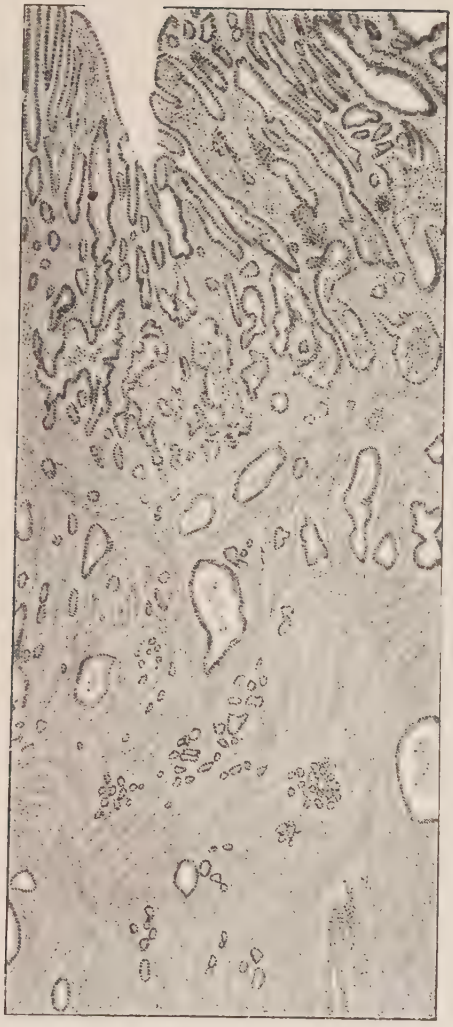

FIG. 1. — Coupe du cancer pylorique de l'observation du service de M. le professeur Hartmann. Aspect typique d'adéno-carcinome de la muqueuse, infiltrant la paroi musculaire du pylore (Gross. 25/1). Voir page 19.

G. STEINHEIL, Éditeur.

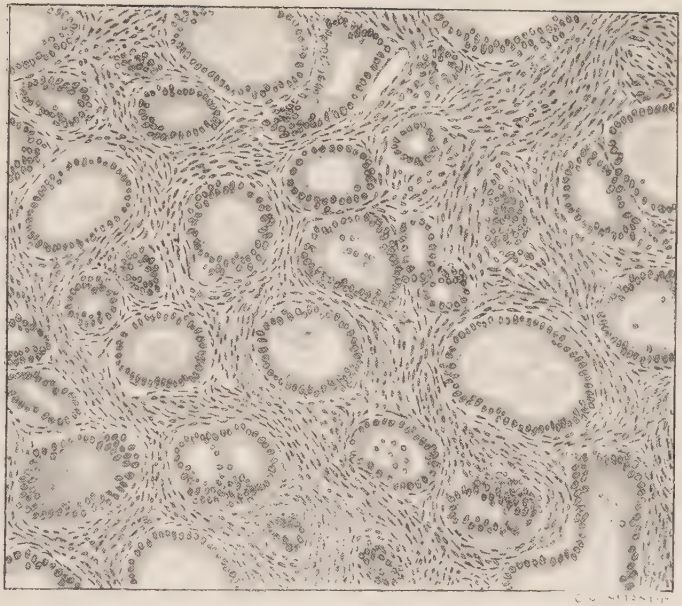

FIG. 2. — Coupe du cancer métastatique de l'ovaire droit de la même observation. On voit l'aspect adéno-carcinomateux de l'infiltration néoplasique intra-ovarienne. Le cancer métastatique de l'ovaire gauche avait la même structure. On voit que ces tumeurs reproduisent le type histologique du cancer du pylore (V. fig. 1) (Gross. 100/1). Voir page 19.

FIG. 3. — Coupe de l'ovaire droit atteint de cancer métastatique (observation de M. le docteur Souligoux). A ce faible grossissement, la tumeur ovarienne paraît formée d'un tissu fibrosarcomateux; cependant, au centre de la préparation représentée ici, on aperçoit quelques îlots arrondis de cellules entourant des globes de mucus (Gross. 70/1). Voir page 20.

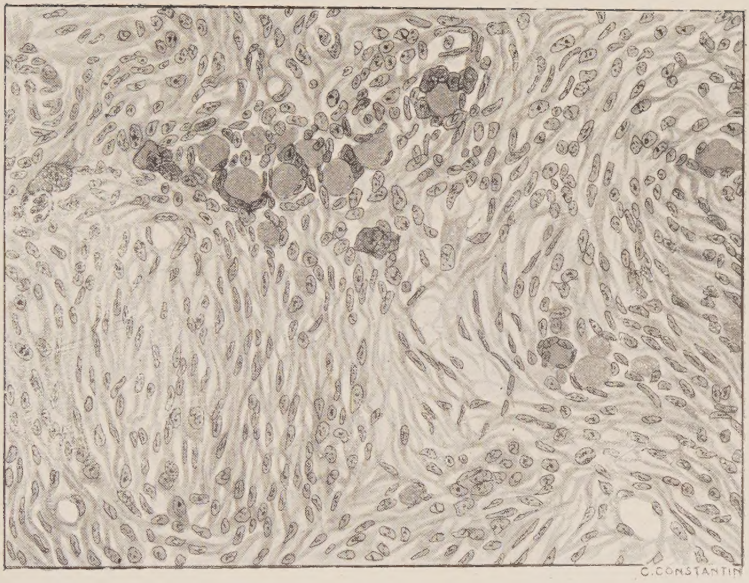

FIG. 4. — Le centre de la préparation représentée figure 3, vu à un fort grossissement ; on aperçoit les boules de mucus entourées de cellules épithéliales très atypiques, tout à fait analogues à celles que l'on rencontre souvent dans certains cancers du pylore.

Cette coupe représente d'ailleurs tout à fait la lésion ovarienne appelée par Krükenberg : « Fibrosarcoma muco-cellulare » de l'ovaire (Gross. 280/1).